## 一宮市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

_	
年	H
<del>/                                      </del>	

(あて先) 一宮市長

申請者 住所 氏名 電話番号 ( ) 利用者との続柄( )

関係書類を添えて下記のとおり一宮市若年がん患者在宅療養支援事業の申請をします。また、 利用者の住民基本台帳等を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意し ます。

ふりがな 利用者氏名			生年		年	月	日	
(甲)	□申請者と同じ		月日		(年齢		歳)	
住 所	〒 □申請者と同じ							
		区 分			いずれか	につき	17	
確認事項	小児慢性特定疾病医療費助成の受給			有 • 無				
作的一种	生活保護の受給				有・	無		
	障害者総合支援法に基づく給付				有 •	無		
	区分		サービスの内容					
対 象 経 費	1 在宅サービス							
	2 福祉用具の貸与							
	3福祉用具の購入							
	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業にかかる補助金の 請求及び受領に関する権限を委任します。							
受 任 者 氏名		甲との続柄						
(乙)	住所							
	電話番号							

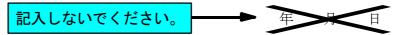
※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

(承認・不承認)	<b>严处</b> 老来早	
決定年月日	文和任宙力	

(本人確認) □確認済(個人番号カード、運転免許証、旅券、その他

## 一宮市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書



(あて先) 一宮市長

患者の方を申請者としてください。<br/>(18歳未満の方は保護者)申請者<br/>(18歳未満の方は保護者)住所<br/>(18歳未満の方は保護者)一宮市古金町1丁目3番地<br/>(18歳未満の方は保護者)氏名<br/>電話番号<br/>利用者との続柄(<br/>(18歳年)本人<br/>(18歳年)

関係書類を添えて下記のとおり一宮市若年がん患者在宅療養支援事業の申請をします。また、 利用者の住民基本台帳等を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

ふりがな	いちのみや はな	: 2		<b>ਜ</b>		7 🗆	1 🖽	
利用者氏名			生年 月日 -	千风	5 年	/ 月	1 日	
(甲)	●申請者と同じ				(年齢	30	歳)	
D → -	₹491-0867							
住 所	申請者と同じ							
		区 分			いずれた	ういこつに	印	
確認事項	小児慢性特定疾病医療費助成の受給				有・無			
作的子久	生活保護の受給				有	· (無	)	
	障害者総合支援法に	害者総合支援法に基づく給付有			· (無	)		
	区分	サービスの内容						
	1 在宅サービス	訪問介護、訪問リハビリテーション						
対象経費	2 福祉用具の貸与	歩行補助つえ						
	3福祉用具の購入							
	甲は、サービス利用終 請求及び受領に関する		ない場合	、乙に本	事業にか	かる補	助金の	
受任者	氏名 一宮 太	郎		甲と	の続柄	夫		
(乙)	住所 一宮市古金町1丁目3番地							
	電話番号 0586-52	2-3851	_					

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

(承認・不承認)	受給者番号	
決定年月日	文和有留方	

)

(本人確認) □確認済(個人番号カード、運転免許証、旅券、その他