

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

(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 (甲)			生年 月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(年齢 歳)	
住 所	〒			
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
確認事項	区 分			いずれかに○印
	小児慢性特定疾病医療費助成の受給			有 ・ 無
	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
対 象 経 費	区 分		サービスの内容	
	1 在宅サービス			
	2 福祉用具の貸与			
	3 福祉用具の購入			
受 任 者 (乙)	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。			
	氏名		甲との続柄	
	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) 決定年月日		受給者番号	
-------------------	--	-------	--

(本人確認) 確認済 (個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)

【記入例】

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

記入しないでください。

~~年 月 日~~

(あて先) 一宮市長

患者の方を申請者としてください。
(18歳未満の方は保護者)

申請者 住所 一宮市古金町1丁目3番地
 氏名 一宮 花子
 電話番号 0586 (52) 3851
 利用者との続柄 (本人)

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 (甲)	いちのみや はなこ		生年 月日	平成5年 7月 1日
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			(年齢 30 歳)
住所	〒491-0867 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
確認事項	区分	いずれかに○印		
	小児慢性特定疾病医療費助成の受給	有	・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	生活保護の受給	有	・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	障害者総合支援法に基づく給付	有	・ <input checked="" type="radio"/> 無	
対象経費	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		
	2 福祉用具の貸与	歩行補助つえ		
	3 福祉用具の購入			
受任者 (乙)	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。			
	氏名	一宮 太郎	甲との続柄 夫	
	住所	一宮市古金町1丁目3番地		
	電話番号	0586-52-3851		

※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) 決定年月日		受給者番号	
-------------------	--	-------	--

(本人確認) 確認済 (個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)