

大府市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所

氏 名（自署）

対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

大府市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、以下のとおり補助金を申請します。
 なお、申請にあたり、対象者の住民基本台帳を参照することや、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。

対 象 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	大府市 町 電話番号 ()	年 月 日 (歳)
申請者が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、受任者に大府市若年がん患者在宅療養支援事業補助金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		続柄	生年月日 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		
そ の 他	生活保護の受給（有・無）		非課税世帯の該当（有・無）	
	小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無）		他の制度における助成又は給付の受給（有・無）	
利用開始（予定）日	年 月 日			
申請額	____月分～3月分 _____円 月額上限 54,000円（生活保護受給、非課税世帯の場合は 60,000円）×利用開始月～3月までの月数			
利用する サービスの区分	該当するサービスに○印をつけて下さい。			
	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護
	<input type="checkbox"/>	身体介護に関する事	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与
	<input type="checkbox"/>	生活援助に関する事	<input type="checkbox"/>	福祉用具購入
	<input type="checkbox"/>	通院等乗降介助に関する事	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

<非課税世帯に該当する場合、世帯全員を記入>

申請にあたり、対象者の住民基本台帳及び保護台帳もしくは支援支給台帳又は所得に関する台帳の閲覧に関して同意します。

同意者	氏名	続柄	生年月日

※同意する方が自署してください。

※同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は欄外に記載してください。