

様式第1（第5条関係）

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

東浦町長

申請者 住所

氏名（自署）

電話番号（ ）

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
利用者氏名 (甲)					(年齢 歳)
住 所	〒 電話番号（ ）				
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主 治 医	病院名： 医師名： 電話番号（ ）				
利 用 開 始 予 定 日	年 月 日				
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（自署）			甲との続柄	
	住所 〒			生年月日 年 月 日	
そ の 他	生活保護の受給（有 ・ 無）				
	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有 ・ 無）				
同意事項	<input type="checkbox"/> この申請の審査に当たり、申請書及び添付書類の記載事項について、町が必要な住民基本台帳、税情報等の公簿を閲覧することや、必要に応じ関係機関に問い合わせることに同意します。				

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。

様式第 2（第 5 条関係）

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業 医師による意見書

ふりがな		生年 月 日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、「末期がん」であると判断します。</p> <p>東浦町長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名（自署） _____</p>			

様式第3（第7条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり決定します。

記

- 1 支援事業の利用開始日
年 月 日
- 2 対象者氏名
- 3 補助金の対象として決定したサービスの内容
- 4 補助金交付の条件等

様式第 4（第 7 条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業
の利用について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対象者名
- 2 不承認の理由

様式第5（第8条関係）

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

東浦町長

申請者 住所

氏名（自署）

電話番号（ ）

年 月 日付けで利用決定を受けた東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用について、申請内容に変更が生じたので 下記のとおり申請します。

記

1 申請区分（ 廃止 ・ 変更 ）※変更の場合は、2もご記入ください。

2 変更内容（変更箇所のみ記載してください。）

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
利用者氏名 (甲)					(年齢 歳)
住 所	〒 電話番号（ ）				
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主 治 医	病院名： 医師名： 電話番号（ ）				
利 用 開 始 予 定 日	年 月 日				
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（自署）			甲との続柄	
	住所 〒			生年月日 年 月 日	
そ の 他	生活保護の受給（有 ・ 無）				
	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有 ・ 無）				

様式第 6（第 9 条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）決定通知書

年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり決定します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 変更（廃止）を決定した内容

様式第 7（第 9 条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）不承認通知書

年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補の利用について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対象者名
- 2 変更（廃止）不承認の理由

様式第 8（第 10 条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業利用中止（取消）通知書

年 月 日付け 番 号で交付決定をした東浦町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記の理由により中止（取消）とします。

記

- 1 対象者名
- 2 中止（取消）の理由

様式第9（第11条関係）

年 月 日

東浦町長

請求者 住所
氏名（自署）
電話番号（ ）

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書
年 月 日付けで利用決定のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金を申請します。

記

1 利用月（ 年 月分）
（内訳）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	補助金の額※
① 在宅サービス	円	<div></div>	※ (A) × 0.9 または補助上限額 5 万 4 千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円
(東浦町記載欄) 補助決定金額			円

2 利用者

氏 名	
住 所	〒

3 補助金の振込口座

金 融 機 関 名				本 ・ 支 店			種 別		口 座 番 号							
銀 行 信用金庫 信用組合				本店 支店			1 普通預金 2 当座預金 3 その他									
金 融 機 関 コード				店 舗 コード												
フリガナ																
口座名義人																

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
2 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。

文 書 番 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり決定します。

記

- 1 対象者名
- 2 補助金額