

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

令和 年 月 日

東浦町長

申請者 住所 東浦町大字
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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 東浦町大字 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	令和 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）				
	他の制度や医療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。 <input type="checkbox"/> 町税の滞納はありません。				

※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。

※申請者（甲）と受任者（乙）の本人確認書類及び関係がわかる書類を添付してください。