

第1号様式（第4条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 弥富市長

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との続柄  
電 話 番 号

弥富市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり利用を申請します。なお、申請に当たり、補助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。

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			月 日	(年齢 歳)
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ( ) -				
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)	
			年 月 日		
			年 月 日		
主 治 医	医療機関名： 医 師 名： 電話番号 ( ) -				
利用開始 予定日	年 月 日				
利用内容	区分	内容 (利用するサービスに○印をつけてください。)			
	1. 在宅 サービス	訪問介護・訪問入浴介護・その他 ( )			
	2. 福祉用具 の貸与	手すり・スロープ・歩行者・歩行補助つえ・車いす・車いす付属品・ 特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・ 移動用リフト (つり具の部分を除く)・自動排泄処理装置・ その他 ( )			
	3. 福祉用具 の購入	腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部分・排泄予測支援機器・ 入浴補助用具・簡易浴槽・移動用リフトのつり具の部分・ その他 ( )			
受 任 者	対象者は、サービス利用終了後に対象者が請求できない場合、受任者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)			対象者との続柄	
	住所 〒 電話番号 ( ) -			生年月日 年 月 日	
そ の 他	生活保護の受給 (有・無)		小児慢性特定疾病医療費の受給 (有・無)		
	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有・無)				

※医師の意見書（第2号様式）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。