

墨田区長 あて

墨田区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

(申請者)住 所
氏 名
電話番号

墨田区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、墨田区が必要に応じて、支援事業の利用決定に当たり住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認すること、及び居宅介護支援の利用にあたり、氏名、住所、連絡先等の必要な情報について、居宅介護支援を実施する事業所に提供することに同意します。

フリガナ	生年月日		年 月 日	
利用者 (助成対象者)	印	年齢	歳	
住所	〒 墨田区 TEL ()			
生活保護費受給の有無		有 無		
障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無		有 無		
民法第653条第1号の規定にかかわらず、以下受任者に墨田区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。また、受任者が、助成金の請求及び受領について、再委任を行うことについて許諾します。				
フリガナ	印		続柄	
受任者 (家族等)				
住所	〒 TEL ()			

医師意見書(第2号様式)を添付してください。医師の意見書作成に要する経費は、本事業の補助対象となります。領収書は申請の際に必要なとなりますので、無くさないよう大切に保管してください。