

江東区長 殿

(申請者)

〒

住 所 _____

フリ ガナ
氏 名 _____

電 話 _____

助成対象者との関係 _____

江東区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

江東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、支援事業の利用決定に当たり、江東区が必要に応じて住民登録、他の制度の利用状況、助成対象者の身体状況、サービス等の利用状況及び生活保護の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
助成対象者 氏名(甲)	印 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と同じ場合でも押印が必要です。)		年齢	歳	
住所	〒 江東区 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()				
生活保護費受給の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 ※ 他の法令等に基づく同等の助成又は給付を受けることができる場合は、本制度は利用できません。			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
甲は、サービス等の利用終了後に甲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、乙に江東区若年がん患者在宅療養支援事業に係る利用の助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。				
	氏名	印	生年月日	年	月 日
	住所				

※ 意見書（別記第2号様式）を添付してください。

※ 現に他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。