

2024年6月1日

江東区長 殿

記入見本

申請者と助成対象者が別の方の場合

(申請者)

〒135-0016  
住所 江東区東陽2-1-1  
フリガナ コウトウ タロウ  
氏名 江東 太郎  
電話 090-0000-0000  
助成対象者との関係 夫

つながりやすいお電話番号をご記入ください。  
※申請内容の確認等でご連絡する場合があります。

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	コウトウ タロウ	生年月日	1990年 5月 1日
助成対象者氏名(甲)	江東 区子 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と同じ場合でも押印が不要です)	年齢	34歳
住所	〒江東区 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ( )	押印してください。 シャチハタは不可です。	
生活保護費受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" 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	江東 太郎 江東 印	生年月日 1990年 4月 1日
	住所	江東区東陽2-1-1	押印してください。 シャチハタは不可です。

この項目を記入する場合、申請者と助成対象者が別の方の時は、原則申請者の方をご記入ください。

添付してください。  
している場合は、本事業を利用できません。