

甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

甲佐町長 様

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

私は、甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第 7 条の規定により、甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。（□にチェック（☑）を記入してください。）

- ☐ この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、町税等の滞納の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。
- ☐ 主治医に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ 申請にあたっては甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業交付要綱の内容を遵守します。

フリガナ 対象者 氏名（甲）		生年月日	年 月 日
		年齢	歳
住所	〒 □申請者と同じ 電話番号（ ）	申請者との 関係	
甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、乙に甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる一切の手続きを委任します。 ※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続きは受任者が代理として行うこととなります。			
受任者 （乙）	氏名	生年月日	年 月 日
	〒 □申請者と同じ 電話番号（ ）	対象者との 関係	
上記委任の件について、承諾しました。			
受任者（自署） _____			

（添付書類）

甲佐町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書（様式第 2 号）

様式第1号（裏面）（第7条関係）

利用したいサービスの番号に○をつけてください。

[illegible]