

様式第1号（第5条関係）

大治町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 大治町長 殿

申請者

住 所	
氏名（自署）	
利用者との続柄	
電話番号	() -

大治町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、以下のとおり補助金を申請します。なお、申請にあたり、補助対象者の住民基本台帳を閲覧することや、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 (年齢 歳)
利用者氏名 (甲)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
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 年 月 日
			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・訪問看護・訪問リハビリテーション・ 居宅療養管理指導・夜間対応型訪問介護・ その他 ()	
	2. 福祉用具 の貸与	手すり・スロープ・歩行器・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 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙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。※甲が未成年者の場合は記入不要		
	氏名（自署）	甲との続柄	
	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（様式第2号）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。