第１号様式（第５条関係）

蒲郡市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

蒲郡市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　　年　 　月　 　日 |
| 補助対象者氏名（甲） |  |
| （年齢　　　　歳） |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 家 族 構 成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主 治 医 | 病院名：医師名：電話番号　　　（　　　） |
| 利 用 開 始予 定 日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 対 象 経 費 | 区分 | サービスの内容 |
| １.在宅サービス |  |
| ２.福祉用具の貸与 |  |
| ３.福祉用具の購入 |  |
| 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。 |
| 氏名 | 甲との続柄 |
| 住所　〒 | 生年月日　　 　年　　月　　日 |
| そ の 他 | 生活保護の受給　　（　有　・　無　） |
| 他の制度や保険における助成又は給付の受給　　（　有　・　無　） |

※蒲郡市若年がん患者在宅療養支援事業意見書（第２号様式）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。