

様式第1号（第5条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成申請書

年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 本人 保護者

同居親族 その他( )

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり申請します。また、裏面の同意事項に同意します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			電話番号
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	
	氏 名				年 月 日 ( 歳)	
	家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)	
公的制度 利用状況	障がい者手帳	有 ・ 無		⇒他の制度において、同等の助成又は給付を受けることができない方が対象です。		
	小児慢性特定疾病	有 ・ 無				
	介護保険サービス	有 ・ 無				
利用開始 (予定)日	年 月 日					
私（助成対象者）は、代理人に山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手続きを委任します。 (代理人を指定していただくことで、助成金の交付申請、請求及び受領等の手続きを代理人が代理することができます。)						
代理人	フリガナ			甲との続柄	生年月日	
	氏 名				年 月 日	
	住 所	〒			電話番号	

【裏面に続く】

**【同意事項】**

本申請に係る住民基本台帳(申請者と助成対象者が異なる場合は双方の登録事項)及び関係機関における情報について、山北町が必要と認めるときは、調査・照会を行うことに同意します。

**【添付書類】※職員記入欄**

山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書(第2号様式)

その他町長が必要と認める書類( )