

多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

多賀城市長

住 所
 申請者 氏 名
 助成対象者との続柄
 電話番号

多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、利用及び助成の可否、助成額等を判断するために必要がある場合には、下記調査を行うことに同意します。

- ・この事業の実施に際し、必要な住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること。
- ・医療機関に病状及び治療内容を照会すること。
- ・対象事業サービス提供事業者に内容を照会すること。
- ・公的制度受給状況や本事業と同様のサービス等の利用状況を照会すること

助成対象者 (甲)	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日
	住 所		年 月 日
			電話番号 ()
生活保護受給の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input 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			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

甲は、民法653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手續を委任します。

※受任者を指定いただくことで、助成金の交付申請、請求及び受領等の手續を受任者が代理することができます。

受任者 (乙)	ふりがな 氏 名	〒 電話番号 ()	生 年 月 日	甲との関係
	住 所		年 月 日	