大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業認定申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住 所 大泉町 氏 名

子の氏名(申請者が保護者の場合)

電話番号

大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業の認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、補助 事業の認定に当たり関係職員が私(申請者が保護者の場合は、申請者及び子)の住民基本台帳の情報を 閲覧すること並びに生活保護及び他の公的制度の受給状況を調査することに同意します。

| 利用者 | ふりがな | |
|------------------|----------------------|--|
| | 氏 名 | 年 齢 歳 |
| | 住 所 | 〒 大泉町 TEL () |
| | 住所と居 住地が異 なる場合 | ₹ TEL () |
| 利用開始予定日 | | 年 月 日 |
| 利用開始予定日 サービス 内 容 | | 申請時点において利用したいサービスにチェック |
| 生活保護の受給 | | □ 入浴補助用具 有 ・ 無 |
| | 的制度 | |
| 受 | 給状況 | 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無 を付けてください。 |
| | | ※サービス利用終了後の助成請求について、本人(利用者)が請求できない場合の委任代理人の選定 代理人住所: 氏名: 利用者との続柄: 電話番号: |

^{*} 医師の意見書(様式第2号)を添付してください。