

年 月 日

陸前高田市市長 様

申請者 住所

氏名

※ 対象者が未成年の場合には、以下を記入してください。

（対象者との続柄

（生年月日 年 月 日）

（電話番号 — — ）

陸前高田市若年がん患者等在宅療養支援事業利用申請書

下記のとおり、陸前高田市若年がん患者等在宅療養支援事業の助成を受けたいので、陸前高田市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金交付要綱第 7 第 1 項の規定により必要な書類を添えて、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、市職員が下記調査を行うことに同意します。

次の①から④の□にチェック☑をしてください。

- ① ☐ この事業の実施に関し、必要な住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること
※チェックされない場合、申請者及び対象者が記載された住民票の写しを添付
- ② ☐ 市税及び市が債権を有する公課の納付状況等を確認すること
- ③ ☐ 医療機関に治療内容を照会すること
- ④ ☐ 福祉用具の貸与等に係る事業者の内容を照会すること
- ⑤ ☐ 下記の公的制度受給状況や本事業と同様の障害福祉サービス等の利用状況を照会すること

記

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・障害者手帳【無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）】・特定医療費（指定難病）の受給【無・有】・自立支援医療（精神通院）の受給【無・有】・生活保護の受給【無・有】 |
|--|

※ 上記②から⑤のチェックがない場合、利用決定を行えないことがありますので、ご注意ください。

（裏面もご記入ください）

フリガナ		生年月日	年 月 日	
対象者氏名（甲）		年 齢	歳	
利用開始（予定）日	年 月 日			
住 所	〒			
連 絡 先	・ 日中連絡の取れる電話番号 — —			
受 任 者 （ 乙 ）	甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に陸前高田市若年がん患者等在宅療養支援事業に係る一切の手続きを委任します。 ※ 申請者が助成対象者本人の場合、可能な限り以下を記入してください。 （受任者を指定いただくことで、助成対象者が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。）			
	フリガナ		利 用 者 との続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒		
	電 話 番 号	— —		
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）_____				

※ 対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。なお、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示（郵送申請の場合には、写しを添付）が必要です。

本人確認書類について：写真付きの場合 1点（運転免許証、マイナンバーカード等）
 写真なしの場合 2点（資格確認証、医療費受給者証等）

※ 様式第2号を添付してください。