

別 記

第1号様式（第7条関係）

鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）鎌ケ谷市長

補助対象者が申請者となります
（補助対象者が未成年の場合は
保護者が申請者となります）

申請者 ふりがな かまがや たろう
氏 名 鎌ケ谷 太郎
住 所 鎌ケ谷市新鎌ケ谷2-6-1
（対象者との関係 本人 ）

鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業に係る補助を利用したいので、鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第7条第1項の規定により、次の事項について確認及び同意の上、必要書類を添えて申請します。

- ・支援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について、本市が調査することに同意します。
- ・本市から医療機関に病状及び治療内容を照会することに同意します。
- ・本市から対象サービスの提供事業者の内容を照会することに同意します。
- ・本市から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に同意します。

(甲) 補助対象者	ふりがな	かまがや たろう	生年月日
	氏名	鎌ケ谷 太郎	〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所	鎌ケ谷市 新鎌ケ谷2-6-1	
	連絡先	日中連絡の取れる電話番号： 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生活保護受給の有無			☐ 有 ☐ 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			☐ 有 ☐ 無

該当するものに
✓をお願ひします

甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業に係る補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。

(乙) 受任者	上記委任の件について、承諾しました。		
	ふりがな		生年月日
	氏名	申請者(補助対象者)のご家族等 手続きを主にされる方がご記入ください	年 月 日
	住所	〒	
連絡先	日中連絡の取れる電話番号： ()		

【添付が必要な書類】

☐ 医師の意見書