

様式第1号（第5条関係）

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書

年 月 日

豊橋市長 様

〒

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付の対象となるサービスを受けたいので、下記のとおり、豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

ふりがな 対象者氏名 (甲)	□申請者と同じ	生年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)
住所	〒 □申請者と同じ 電話番号 ()		
主治医	病院名： 医師名： 電話番号 ()		
利用開始 予定日	年 月 日		
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が補助金の申請ができない場合は、乙に本事業にかかる補助金の申請及び受領に関する権限を委任します。		
	氏名（自署）	甲との続柄	
	住所 〒	生年月日 年 月 日	
その他	生活保護の受給 (有・無)		
	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有・無)		

※下記のサービスが交付の対象となります。

1. 在宅サービス : 訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
2. 福祉用具の貸与 : 車いす（車いす付属品を含む）、特殊寝台（特殊寝台付属品を含む）、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、移動用リフト（つり具の部分を除く）、自動排泄処理装置
3. 福祉用具の購入 : 腰掛便座、入浴補助用具、排泄予測支援機器、自動排泄処理装置の交換可能部品、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分

※他の公的な制度等を利用されている場合は、利用できません。

<誓約、同意事項> □にチェック (☑) を記入してください。

□暴力団排除条例（平成23年豊橋市条例第2号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。

また、同条第1号に規定する暴力団又は暴力団員と密接な関係はありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

□豊橋市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧及び、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

<添付書類>

医師による意見書（様式第2号）

豊橋市記載欄

利用決定（決定・却下）		申請受理年月日	
決定年月日		整理番号	