

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

豊橋市長 様

〒

申請者 住所

氏名（自署）

電話番号 ()

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、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。

なお、申請に当たり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。

記

ふりがな 対象者氏名 (甲)			生年 月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(年齢 歳)	
住 所	〒			
	<input type="checkbox"/> 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			
対 象 の サ ー ビ ス	区分	サービスの内容		
	1. 在宅サービス			
	2. 福祉用具の貸与			
	3. 福祉用具の購入			
受 任 者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合は、乙に本事業にかかる補助金の請求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)			

豊橋市記載欄

補助決定サービス (承認・不承認) 決定年月日		申請受理年月日	
		整理番号	

※医師による意見書等を添付してください。

※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。