

八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金登録申請書

八幡市長 宛て

八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金について、次のとおり申請します。
 なお、本申請の利用決定に関して必要な範囲で次の調査を行うことに同意します。
 （次の①から③の にチェック をしてください。）

- ① 病状や治療内容について、主治医に対し聞き取りをすること。
- ② 対象サービスの利用状況について、事業者等に対して照会すること。
- ③ 八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金と同趣旨の公的制度の利用状況について、照会すること。

申請者	ふりがな		対象者との関係			
	氏名		電話番号			
			生年月日	年	月	日
住所	〒					
対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 私は、上記申請者を代理人と定め、若年がん患者在宅療養支援補助金交付要綱に基づく手続きに関する一切の権限を委任します。					
	ふりがな		電話番号			
	氏名		生年月日	年	月	日
		住所	〒 八幡市			
主治医	氏名		電話番号			
	医療機関名					
他の公的制度利用状況	有	有の場合、当てはまる <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他()				
	無					

- 【添付書類】
- ・ 八幡市若年がん患者在宅療養支援補助金に係る意見書
 - ・ 申請者の本人確認書類の写し