様式第1号(第6条関係)

年　　月　　日

笛吹市長　様

申請者　住所

　　　氏名

電話番号

若年がん患者在宅療養生活支援補助金利用認定申請書

　若年がん患者在宅療養生活支援補助金の交付を受けたいので、笛吹市若年がん患者在宅療養生活支援補助金交付要綱(以下「要綱」という。)第6条第1項の規定により、次のとおり利用認定について申請します。

　なお、要綱の規定を遵守するとともに、利用認定の審査のため市が調査を行い、又は必要な限度で申請者の情報を関係機関等から取得し、若しくは関係機関等へ提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者(甲) | フリガナ  氏名 | □申請者と同じ | | | | 生年月日 | |
| 年　　月　　日(　　歳) | |
| 住所 | 〒  笛吹市  □申請者と同じ　　　　電話番号　　　　(　　　　　) | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | | 備考(連絡先等) |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| 確認事項 | 小児慢性特定疾病医療費助成の受給　　有　・　無  障害者総合支援法に基づく給付　　　　有　・　無  生活保護の受給　　　　　　　　　　　有　・　無 | | | | | |
| 利用予定サービス  (✓をつけてください。) | | □　訪問介護サービス　　　　　□　訪問入浴介護サービス  □　福祉用具貸与サービス　　　□　特定福祉用具販売サービス | | | | | |
| 主治医 | | 医療機関名 | | | 医師名 | | |
| 住所  電話番号　　　　(　　　　) | | | | | |
| 利用開始予定日 | | 年　　月　　日 | | | | | |

添付書類

1　若年がん患者在宅療養生活支援補助金利用認定に係る意見書(様式第2号)

2　対象者の本人確認書類(運転免許証等の官公庁が発行した顔写真付の身分証明書等の写しに限る。以下同じ。)

3　代理人の本人確認書類(裏面の委任状により委任を行う場合)

　　(裏面に続く。)

(裏面)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任状  甲は乙に対し、若年がん患者在宅療養生活支援補助金に係る一切の手続を委任します(民法第653条第1号の規定にかかわらず、甲の死亡後も委任を継続します。)。 | | | | |
| 受任者(乙) | 上記委任の件について、承諾しました。 | | | |
| 氏名  (自署) |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | 甲との  続柄 |  |

代理人を指定いただくことで、補助金交付申請その他の手続を受任者が代理することができます。