

様式第1号（第4条関係）

西尾市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）西尾市長

申請者 住所

氏名（自署）

対象者との続柄（ ）

日中連絡のつく電話番号（ ）

※対象者が未成年の場合は保護者が申請者

下記のとおり西尾市若年がん患者在宅療養支援事業費の利用申請をします。

記

対象者 （甲）	対象者	ふりがな				
		氏名	□申請者と同じ		生年月日 年 月 日 ( 歳)	
		住所	〒 □申請者と同じ			
	主治医	医療機関名				
		医師名				
	他の公的サービス利用に関する確認事項	区分	いずれかに○印			
		小児慢性特定疾患医療費助成の受給	無 ・ 有			
		障害者総合支援法に基づく給付	無 ・ 有			
	情報の取得・提供	特定医療費（指定難病）の受給	無 ・ 有			
		情報の取得・提供	受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に □同意します □同意しません			
利用計画	サービスの種類	①在宅サービス	②福祉用具の貸与	③福祉用具の購入		
	利用開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
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、民法第653条第1号の規定にかかわらず、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）			生年月日	年 月 日	
	住所					
	連絡先					

【添付書類】 西尾市若年がん患者在宅療養支援事業意見書（様式第2号）

