

別 記

第1号様式（第7条関係）

若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書				
申請者	ふりがな 氏 名			
	住 所	郵便番号		
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	電 話 番 号	
利用者 <small>□申請者と同じ であれば省略可</small>	ふりがな 氏 名		本人との続柄	
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	電 話 番 号	
	利用開始日 (予定)	年 月 日		
<p>若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る助成を受けたいので、大多喜町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第7条第1項の規定により、必要書類を添えて申請します。</p> <p>なお、利用及び助成の可否、助成額等を判断するため、次の調査を行う場合があることに同意します。(次に✓をしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/>この事業の実施に関し、必要な住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること</p> <p><input type="checkbox"/>医療機関に治療内容を照会すること</p> <p><input type="checkbox"/>対象サービスの提供事業者に内容を照会すること</p> <p><input type="checkbox"/>次の公的制度受給状況や本事業と同様の障害福祉サービス等の利用状況を照会すること</p> <p>※同意が得られない場合、利用決定を行えないことがありますので御留意ください。</p> <p>年 月 日</p> <p>大多喜町長 様</p>				
利用している制度に✓してください。		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ) <input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (精神通院) <input type="checkbox"/> 生活保護		