

山鹿市若年がん在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 山鹿市長

申請者 〒
住所

氏名 (自署)
補助対象者との続柄 ()
生年月日 年 月 日
電話番号 ()

私は、山鹿市若年がん在宅療養生活支援事業補助金交付要領第6の規定により、山鹿市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです (□にチェック (☑) を記入してください)。

- この事業の補助金交付に関し必要な情報 (住民基本台帳、市税等の滞納の有無等) の提供、確認及び調査に同意します。
- 主治医に治療内容を照会することに同意します。
- 対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。
- 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の補助対象ではありません。
- 申請にあたっては山鹿市若年がん患者在宅療養生活支援事業交付要領の内容を遵守します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者 氏名 (甲)		年齢	
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()	申請者との 関係	
甲は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に山鹿市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる一切の手続きを委任します。 ※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続きは受任者が代理として行うこととなります。			
受任者 (乙)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	生年月日	年 月 日
	〒 TEL ()	対象者との 関係	
上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署)			

(添付書類)

- 山鹿市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書 (様式第2号)
- 本人確認書類 (申請者と対象者が異なる場合はいずれも) の写し

