

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先)福島市長

申請者 住所

氏名

(電話番号)

福島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名(甲)		年齢	歳
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じであれば、チェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。住所記入は不要となります。 〒 (電話番号)		
<p>〈同意事項、誓約事項〉 次の内容を確認の上、チェック<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p><input type="checkbox"/>支援事業の利用決定にあたり、福島市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。</p>			
<p>〈公的制度および生活保護受給状況〉 該当する方にチェック<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p>公的制度の受給状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障がい者手帳 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・ 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <p>生活保護の受給状況 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			
<p>〈助成金の請求及び受領に係る委任〉 委任する場合、チェック<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p><input type="checkbox"/>甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に福島市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。</p>			
受任者 (乙)	上記委任の件について承諾しました。		
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所 〒 (電話番号)		

