

第1号様式

茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金認定申請書

年 月 日

茅ヶ崎市長 あて

申請者 住 所

ふりがな  
氏 名

※対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。  
保護者が申請する場合は以下を記入してください。

(助成対象者との続柄 )  
(生年月日 年 月 日)  
(性別 男 ・ 女 )  
(電話番号 )

次のとおり、若年がん患者在宅療養助成金認定のため、必要書類を添えて申請します。申請にあたり、茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金交付要綱を遵守します。

ふりがな		生年月日	年 月 日		
助成対象者 氏名(甲)		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 茅ヶ崎市  電話番号				

※申請者が助成対象者本人の場合、受任者を指定していただきます。指定していただくことで助成金の交付申請、請求書及び受領等の手続きを受任者が代理します。

甲は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金交付に係る一切の手続きを委任します。

受任者 (乙)	ふりがな		助成対象者 との続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
利用開始 (予定) 日	年 月 日			
添付書類	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金認定に係る意見書 <input type="checkbox"/> 受任者が市外にお住まいの場合には住所がわかる本人確認資料 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
同意事項	<input type="checkbox"/> この申請の審査にあたり、市が保有する個人情報に関する調査及び医療機関への病状及び治療内容の照会、サービスを提供する事業者に対しての聴取、現地調査等を行うことについて同意します。			

## 職員使用欄

本人 確 認 書 類	対 応 職 員
<input type="checkbox"/> 運転免許証（経歴） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード（特） <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> その他（ )	