

千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用申請書

令和3年 9月 1日

(あて先) 千葉市長

書類の提出日

※1 申請者 住所 千葉市中央区千葉港1番1号
ふりがな ちば はなこ
氏名 千葉 花子

㊞

(自署の場合は押印不要)

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

(対象者との続柄 )

(生年月日 年 月 日)

(電話番号 )

下記のとおり、千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業に係る助成を利用したいので、千葉市若年がん患者の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。
なお、利用及び助成の可否、助成額等を判断するため、千葉市職員が下記調査を行うことに同意します。
(次の①から④の口にチェック☑をしてください。)

- ①☑ 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 (チェックしない場合は申請者及び対象者が記載された住民票の写しを添付してください。)
②☑ 医療機関に治療内容を照会すること
③☑ 対象サービスの提供事業者に内容を照会すること
④☑ 下記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
※上記②から④のチェックが無い場合、利用決定を行えないことがありますのでご注意ください。

Table with 2 columns: Item and Selection. Items include: 小児慢性特定疾病, 障害者手帳, 特定医療費(指定難病)の受給, 自立支援医療(精神通院)の受給, 生活保護の受給. Selections are marked with circles: 有, 有, 無, 無, 無.

Main application form table with fields: ふりがな (ちば はなこ), 対象者氏名 (甲) (千葉 花子), 生年月日 (S63年 7月 7日), 年齢 (33歳), 利用開始(予定)日 (令和3年 9月 1日), 住所 (〒260-0028 千葉市中央区千葉港1番1号), 連絡先 (日中連絡の取れる電話番号: 090 (0000) ΔΔΔΔ), 受任者 (乙) (ちば たろう, 千葉 太郎, S62年 1月 1日, 住所: 千葉市中央区千葉港1番1号), 承諾文 (上記委任の件について、承諾しました。 受任者(自署) 千葉 太郎)

※1 対象者が未成年の場合は、法定代理人(保護者等)が申請してください。なお、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示(郵送申請の場合には、写しを添付)が必要です。本人確認書類について: 写真付 1点(運転免許証、住民基本台帳カード、旅券等) 写真なし 2点(健康保険・介護保険・後期高齢者医療の被保険者証、住民基本台帳カード等)

※2 第2号様式を添付してください。

住民基本台帳カードは顔写真付きと写真なしがあります。