第１号様式（第５条関係）　　藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱 様式

藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用申請書

年（　　年）　　月　　日

藤　沢　市　長

申請者　住　所　〒

氏　名

連絡先

次のとおり、藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業の助成を受けたいので、申請します。

助成対象者（甲）	フリガナ			生年月日	
	氏　名			年　　月　　日	
	住　所	〒 藤沢市 □　申請者と同じ			
	連絡先	□　申請者と同じ			
	家族構成	氏　名	続　柄	生年月日	備考（連絡先等）
	公的制度利用状況	障がい者手帳	有　・　無	⇒他の制度において、同等の助成又は給付を受けることができない方が対象です。	
		小児慢性特定疾病	有　・　無		
		介護保険サービス	有　・　無		

甲は、乙に藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手続きを委任します。
（※受任者を指定していただくことで、助成金の交付申請、請求及び受領等の手続きを受任者が代理することができます。）

受任者（乙）	フリガナ		甲との関係	生年月日
	氏名			年　　月　　日
	住　所 連絡先	〒 藤沢市 （連絡先）		

添　付　書　類	□　藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金意見書（第２号様式） □　その他（　　）
同　意　事　項	□　市が保有する個人情報に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。

市事務処理欄	□　住基確認 □　利用開始（予定）日確認