

豊島区長 あて

豊島区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

(申請者) 住 所  
氏 名  
電話番号

豊島区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、豊島区が必要に応じて、支援事業の利用決定に当たり住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
利用者 (助成対象者)	Ⓜ (受任者に委任する場合、自署ではない場合は押印してください)		年齢	歳	
住所	〒 豊島区 TEL ( )				
生活保護費受給の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
障害者総合支援法による給付の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
民法第653条第1号の規定にかかわらず、サービス終了後に請求ができない場合は、以下受任者に豊島区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。また、受任者が、助成金の請求及び受領について、再委任を行うことについて許諾します。					
フリガナ		Ⓜ (自署ではない場合は、押印してください)	続柄		
受任者 (家族等)					
住所	〒 TEL ( )				

※ 医師意見書（別記第2号様式）を添付してください。医師の意見書作成に要する経費は、本事業の補助対象となります。領収書は申請の際に必要なとなりますので、無くさないよう大切に保管してください。