

文京区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

文京区長 殿

申請者 住所
氏名
対象者との関係
電話番号

文京区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第7条第1項の規定により、文京区若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書（別記様式第2号）を添えて、下記のとおり申請します。
なお、申請に当たり、区が住所等を確認するため住民基本台帳に記録された情報及び他制度の利用状況を調査すること並びに必要な場合に関係医療機関への照会することについて同意します。

【該当する方のみ】対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。申請者が対象者の保護者であることが確認できる書類を添えてください。

対 象 者 (甲)	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	氏 名	印				
	☐ 申請者と同じ	住 所	〒 文京区	電 話 番 号	()	
がんの受療状況	診断名		医療機関名		診療科	主治医名
支援事業利用開始 (予定) 日	年 月 日					
生活保護の受給	☐ あり ☐ なし ※ありの場合、文京区が保護受給の有無の確認を行うことに同意ください。					
公的制度等 利用状況	① 障害者手帳		☐ あり ☐ なし ☐ 申請中		本制度で利用する予定の支援事業は、左記①、②及び他の公的制度からの助成又は給付を受けていません。 ☐ はい ☐ いいえ ※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る場合は、本制度は利用できません。	
	② 小児慢性特定疾病医療費助成		☐ あり ☐ なし ☐ 申請中			
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に文京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。						
受 任 者 (乙)	上記委任について、承諾しました。					
	フリガナ		対象者 との続柄			
	氏 名	印	生年 月日	年 月 日		
	住 所	〒	電 話 番 号	()		

※ 申請時に、委任者（対象者）及び受任者の本人確認ができる書類の提示をお願いします。

担当者使用欄

事務処理欄
