

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話

伊勢原市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

伊勢原市若年がん患者在宅療養支援事業の利用をしたいので、伊勢原市若年がん患者在宅療養支援事業費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

なお、利用及び助成の可否、助成額等を判断するために必要がある場合には、次の調査を行うことに同意します。

- ・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。
- ・医療機関に病状及び治療内容を照会すること。
- ・対象サービスの提供事業者に内容を照会すること。
- ・公的制度受給状況や本事業と同様のサービス等の利用状況を照会すること。

助成対象者 (甲)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	□申請者と同じ 伊勢原市	電 話 番 号
	生活保護受給の有無		□有
障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無		□有	□無

甲は、民法653条第1号の規定にかかわらず、乙に伊勢原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		生 年 月 日	甲との関係
	氏 名		年 月 日	
	住 所	伊勢原市	電 話 番 号	

【添付が必要な書類】

□伊勢原市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書（第2号様式）