

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号 ()

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金の交付を受けたいので、清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

ふりがな				年 月 日
氏 名 (対象者)				(年齢 歳)
住 所	〒 清須市 電話番号 ()			
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備考(連絡先等)
			年 月 日	
			年 月 日	
主 治 医	病院名			
	医師名 電話番号 ()			
利用開始 予 定 日	年 月 日			
対 象 経 費	区 分	内 容		
	1 在宅サービス			
	2 福祉用具貸与			
	3 福祉用具販売			
請求及び受 領に関する 権限の委任	私は、助成金の請求及び受領をすることができない場合は、次の者に当該助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。			
	氏名(自署)		申請者との続柄	
	住所 〒		生年月日 年 月 日	
そ の 他	生活保護の受給(有・無)		小児慢性特定疾患医療費の受給(有・無)	
	他の制度における助成又は給付の受給(有・無)			

備考 申請者が署名する場合は、押印を省略することができます。