

白井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住 所
氏 名
電 話
利用者との続柄（ 本人 ・ _____ ）

白井市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、白井市若年がん患者在宅療養支援助成金交付要綱第3条第1項の規定により、次のとおり添付書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月 日	年 月 日 (歳)
利用者氏名 (甲)			
住 所	☐ 申請者と同じ 〒		
主治医	医療機関名 電話番号 医師名		
利用開始予定日	年 月 日		
利用予定のサービス	利用予定のサービスに ☒ をしてください。 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 福祉用具の貸与 ☐ 福祉用具の購入 ☐ 主治医意見書 ☐ ケアマネジメント利用		
公的制度 利用状況	障害者手帳	あり・なし	左記のいずれかに「あり」の方に伺います。 ① 障害者総合支援法等によるサービスの利用 (あり ・ なし) ② 上記①で「あり」の方が利用しているサービスを伺います。 ☒ してください。 ☐ 居宅介護 ☐ 計画相談支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 日常生活用具の給付
	小児慢性特定疾病医療受給証	あり・なし	
	特定医療費（指定難病） 受給者証	あり・なし	
	生活保護の受給	あり（生活保護緊急（夜間・休日）受診証の写し又は生活保護受給証明書を提出してください。） なし ・ 申請中	
	☐ 私は、利用者の上記公的制度利用状況について、関係課に照会することに同意します。		
チェック ☒ をしてください	☐ 私は、利用者の住民基本台帳の記載事項について、白井市が保有する公簿により、担当職員が調査することに同意します。		
受任者（乙）	甲は、民法第653号第1項第1号の規定に関わらず、乙に白井市若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の権限を委任します。※申請者が利用者本人の場合、可能な限り以下を記入してください。（受任者を指定いただくことで、利用者本人が手続きを行うことが困難な場合、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。）		
	氏名		利用者との続柄（ ）
	住所 〒 電話番号		

添付書類

- ① 白井市若年がん患者在宅療養支援事業の利用に係る主治医意見書（別記第2号様式）

※申請時に提出できない場合、主治医の在籍医療機関に対し、意見書作成状況及び利用者の病状を確認することに同意します。

- ② 代理人（利用者の家族等）が申請する場合は、利用者との続柄がわかる書類（戸籍抄本等）

※表面の☑欄にある利用者の住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査することに同意している場合は省略可。

※利用者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請すること。また、申請時に法定代理人の本人確認書類を提示すること。（郵送の場合は、写しを添付）

本人確認書類は、写真付き（運転免許証、マイナンバーカード、旅券等）の場合1点又は写真なし（健康保険証又は資格確認証、介護保険証、後期高齢医療被保険者証等）の場合2点を提示すること。