

第1号様式（第5条関係）

瀬戸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）瀬戸市長

申請者	ふりがな	
	氏名（自署）※	
	補助対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人・保護者 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	
	電話番号	

※補助対象者が18歳未満の場合は保護者が申請してください。

関係書類を添えて次のとおり支援事業の利用について申請します。なお、申請に当たって補助対象者及び申請者の住民基本台帳及び市税の納付状況、補助対象者の病状及び治療内容を市職員が確認することに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
補助対象者氏名（甲）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		（年齢 歳）
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号		
家族構成	氏名	続柄	生年月日
主治医	病院名： 医師名： 電話番号		
受任者（乙）	甲は、支援事業の利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業に係る補助金の（請求・受領）に関する権限を委任します。		
代理人が申請する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックし、裏面委任状を記入 <input type="checkbox"/> 代理人が申請（この欄記載不要）	氏名	甲との続柄 <input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住所 〒	生年月日	
	電話番号	年 月 日	
その他	生活保護の受給 （有・無）		
	小児慢性特定疾病医療費助成の受給 （有・無）		
	他の制度や保険における補助又は給付の受給 （有・無） （※医療保険を既に受けた費用については、自己負担分を含め全て対象外）		

支 援 事 業	
補助対象経費 (希望する番号に○を付けてください。)	(1) 訪問介護 (身体介護中心、生活援助中心、通院等乗降介助)
	(2) 訪問入浴介護
	(3) 訪問看護
	(4) 訪問リハビリテーション
	(5) 居宅療養管理指導
	(6) 夜間対応型訪問介護
	(7) 福祉用具の借受け (小児慢性特定疾病医療費の支給を受けている人は利用不可)
	(8) 特定福祉用具の購入 (小児慢性特定疾病医療費の支給を受けている人は利用不可)
	(9) その他 ( )

(添付書類)

医師による意見書等

\*\*\*\*\*

### 誓 約 書

以下に該当していないことを誓約します。

- 1 他の公的な制度等を利用している経費
- 2 入院中又は死亡後にかかった経費
- 3 支援事業提供者が法人格を有していない。
- 4 支援事業提供者の代表者又は当該支援事業を直接行う者が補助対象者の同居者である。
- 5 申請者及び補助対象者が、瀬戸市暴力団排除条例（平成23年瀬戸市条例第12号）に規定する暴力団若しくは暴力団員である又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有している。

年 月 日

(申請者) 住所

氏名

\*\*\*\*\*

補助対象者以外の者が申請する場合は、補助対象者がすべて以下の欄に記載してください。

(補助対象者が自署できない場合は、代筆してください。その場合は、委任者氏名欄に「委任者氏名、代筆者氏名、委任者との続柄」を記載ください。)

\*\*\*\*\*

### 委 任 状

(宛先) 瀬戸市長

(代理人) 住所

氏名

続柄 同居者 親族 その他 ( )

私は、上記の者を代理人と定め、瀬戸市若年がん患者在宅療養支援事業の申請・請求・受領に関する一切の権限を委任します。

なお、本申請に当たって住民基本台帳及び市税の納付状況、病状及び治療内容を市職員が確認することに同意します。

年 月 日

(委任者) 住所

氏名