

記入例

申請の日付は、医師の意見書
と同日の日付を記入してくだ
さい。日付は令和6年4月1
日以降の日付をご記入くださ
い。

令和〇年〇月〇日

（提出先）

足立区長

助成対象者が未成年者の場合は、
助成対象者と保護者（受任者）の
氏名をご記入ください。

電話連絡が難しい場合は、メール
アドレスもご記入ください。

住 所 東京都足立区〇〇〇丁目-〇-〇

申請者氏名 〇〇 〇〇

電 話 番 号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

メールアドレス 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇

足立区若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

足立区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、主治医の意見書を添えて下記のと
おり申請いたします。

申請者と同一の場合は必ずチェックしてください。

この助成金の申請に当たり、足立区が住所等の確認のために住民記録の閲覧や
他制度の利用状況、利用者の身体状況について必要がある場合、関係機関と照
会することについて同意します。

☒ 同意する

自署でない場
合は押印して
ください。

チェック漏れの無い
ようにしてください

助成対象者	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	生年月日
	氏 名 (自署)	〇〇 〇〇	平成〇年 〇月 〇日
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 足立区〇〇〇丁目-〇-〇	
☒ 申請者と同一			
生活保護受給の有無		☐ 有 ☒ 無 ※有の場合照会の同意 ☐ 同意する ☐ 同意しない	
障害者手帳の有無		☐ 有 () 級 ☒ 無	
私（助成対象者）は、身体状況等により請求ができない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、受 任者に足立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	フリガナ	△△ △△	生年月日
	氏 名	△△ △△	昭和〇年 〇月 〇日
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 足立区〇〇〇丁目-〇-〇	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

受任者は、助成対象者と同
世帯の18歳以上の方を
ご記入ください。