

年 月 日

（提出先）  
足立区長

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者氏名 \_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
メールアドレス \_\_\_\_\_

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。

記

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に関係機関へ照会することについて同意します。	<input type="checkbox"/> 同意する
---	-------------------------------

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏名 (自署)		年 月 日
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	住 所	〒 足立区	
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合照会の同意    <input type="checkbox"/> 同意する    <input type="checkbox"/> 同意しない</small>	
障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 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		年 月 日
	住 所	〒	
	電話番号		