

様式第 1 号（第 6 条関係）

松阪市若年者のがん患者在宅支援事業助成金利用申請書

年 月 日

（宛先）松阪市長

申請者 住 所
氏 名（自署）
（利用者との続柄）
電話番号

下記のとおり、松阪市若年者のがん患者在宅支援事業助成金を利用したいので、申請します。

また、支援事業の利用決定に当たり、松阪市が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
利用者氏名	☐ 申請者と同じ		年 齢	歳	
住 所	〒 ☐ 申請者と同じ				
連絡先	☐ 申請者と同じ ※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始予定日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分			いずれかに○	
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無			有 ・ 無	
	生活保護の受給の有無			有 ・ 無	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無			有 ・ 無	
	その他の給付金の有無			有 ・ 無	

【裏面もご記入ください】

(裏面)

振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号					
		1 普通預金						
		2 当座預金						
		3 その他						
ふ り が な								
口 座 名 義 人								

【添付書類】

- ① 医師の意見書（第2号様式）
- ② 本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード（マイナンバーの記載がない面）の写し等）

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記載願います。

委 任 状

松阪市長

(代理人) 住 所

氏 名 (自署)

私は、上記の者を代理人と定め、松阪市若年者のがん患者在宅支援事業助成金の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住 所

氏 名 (自署)