

第1号様式

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

住所〒

申請者 (甲)

ふりがな

氏名

電話番号 ()

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業利用申請書

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業を利用したいので、次のとおり申請します。本書に記載の内容を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

対象者 (甲)	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	確認事項	区 分	いずれかに○印		
		小児慢性特定疾病医療費助成の受給	有 ・ 無		
		生活保護の受給	有 ・ 無		
		障害者総合支援法に基づく給付	有 ・ 無		
情報の取得・提供	受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません※				
事業の利用に当たり、必要な限度で市（市が委託する相談支援事業所を含む）が関係機関等から対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません※					
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者 (乙)	ふりがな 氏名		甲との 続柄等		
	住 所				
	連絡先				

※ 同意がない場合申請不可

裏面あり

