

葛飾区若年がん患者在宅療養費支援事業利用申請書

年 月 日

葛飾区長 宛て

私は、葛飾区若年がん患者在宅療養費支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、利用決定に当たり、葛飾区が必要に応じて住民登録、障害者総合支援法や小児慢性特定疾病医療費助成など他制度の利用状況、助成対象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。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 電話番号 ()
利用者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（※申請者と同じ場合、左のマスに印を入れ、生年月日のみご記入ください。）	
	氏名	印 (受任者に委任を行う場合で、自署ではない際には押印してください)
	住所	〒 電話番号 () 葛飾区
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	利用者から見た申請者の関係	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 配偶者、親族（続柄：) <input type="checkbox"/> その他 ()
私（利用者）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、受任者に葛飾区若年がん患者在宅療養費助成金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	上記委任の件について、承諾しました。	
	氏名	印 (自署ではない場合、押印してください)
	住所	〒 電話番号 ()

保健所処理欄

生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
公的制 度等利 用状況	障害者総合支援法 による給付	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	小児慢性特定疾病 医療費助成	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無