

別記

様式第1号（第5条関係）

佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

下記のとおり、佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成を利用したいので、佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付規則第5条の規定により次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。

- 1. この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報及び生活保護制度等の利用状況について、佐倉市が調査することを同意します。
（同意しない場合は申請者及び対象者が記載された住民票の写しを添付してください。）
- 2. 佐倉市が医療機関に治療内容を照会することに同意します。
- 3. 佐倉市が対象サービスの提供事業者に内容を照会することを同意します。
- 4. 佐倉市が下記の公的制度受給状況や本事業と同様の障害福祉サービス等の利用状況を照会することを同意します。
（制度等の利用状況について、該当の有無を記載してください。）

小児慢性特定疾病	無 ・ 有（小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の利用： 無 ・ 有）
障害者手帳	無 ・ 有（身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳）
生活保護の受給	無 ・ 有

対象者	ふりがな		生年月日	年	月	日	（ 歳）	
	氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)	電話番号					
			メールアドレス					
	住所	〒 ー						
区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） <input type="checkbox"/> 私は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、受任者に佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手続きを委任します。 （受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理人として請求等の手続きを行うことができます。） ※対象者が18歳未満の場合は、法定代理人（保護者等）が申請者となります。							
申請者	受任者 又は 保護者 等	ふりがな		生年月日	年	月	日	
		氏名		年齢	歳	続柄		
		電話						
		メールアドレス						
		住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ（記載不要） 〒 ー					

添付書類	<input type="checkbox"/> 佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 申請者が受任者又は保護者になる場合には、受任者又は保護者の本人確認書類提示（郵送申請の場合には、写しを添付）が必要です （マイナンバーカード、運転免許証等いずれか1つ）
------	---