

別記

様式第1号

《記載例》 対象者本人が申請者の場合

佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

2023年11月1日

(あて先) 佐倉市長

必ず、消えないペンで記入してください

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、申請します。

書類の提出日

- 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。)
- 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。
- 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。
- 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)

利用している制度があれば、該当項目の「有」に○をつけてください

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	さくら さくらこ	生年月日	1988年4月1日	(35歳)	
	氏名	佐倉 桜子	電話番号	090-1111-2222		
	住所	〒 285-1234 佐倉市江原台 2-27	メールアドレス	sakura@△△△.■■.jp		
	区分	<input checked="" 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項第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				
こちらの添付書類をそろえて申請してください (記載不要)						

こちらの添付書類をそろえて申請してください (記載不要)

添付書類	<input checked="" 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)

申請書は、申請日から1ヵ月以内に作成されたものに限り、申請時に意見書の添付ができない場合は、利用申請書の提出後の提出も可能です。

《記載例》 保護者等に申請を委任する場合

佐倉市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

2023年11月1日

(あて先) 佐倉市長

必ず、消えないペンで記入してください

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、申請します。

書類の提出日

- 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。)
- 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。
- 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。
- 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。

利用している制度があれば、該当項目の「有」に○をつけてください

小児慢性特定疾病	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無	・ 有

日中連絡が取れる電話番号

対象者	ふりがな	さくら ひまわり	生年月日	2008年4月1日	(15歳)	
	氏名	佐倉 向日葵	電話番号	090-1111-2222		
	住所	〒285-1234 佐倉市江原台2-1-1				
	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を <input checked="" type="checkbox"/> 私は、民法第20条第1項第1号の規定に基づき、受任者(佐倉市長)が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	さくら はなこ	生年月日	1978年4月1日	
	氏名	佐倉 花子	年齢	45歳	続柄	母
	電話	090-3333-4444				
	メールアドレス	sakura@△△△.■■■.jp				
こちらの添付書類をそろえて申請してください (記載不要)						

対象者が18歳未満の場合や、家族等に申請を委任される場合は、こちらにの上、申請者の情報をご記入ください。

- 添付書類
- 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)
 - 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)

申請者を委任する場合は、受任者の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)の写しも提出が必要です。