

草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所  
 氏名  
 申請者（利用者との続柄）  
 電話・FAX番号（）  
 メールアドレス

草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援補助金について、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要）	年 齢	歳
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要） 〒 TEL（）		
補助内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護、訪問入浴介護又は福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入（1人1回限り） <input type="checkbox"/> 医師意見書の作成（1人1回限り）	申請額	円
主治医	医療機関名 TEL（） 主治医氏名		
生活保護の受給	有 ・ 無 ＜有の場合＞受給資格審査のため、草加市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
18歳以上20歳未満の方	草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付要綱第3条第4項における小児慢性特定疾病医療給付制度の認定状況について確認することを <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
次の事項について同意します。（同意の場合□にチェック） <input type="checkbox"/> 草加市補助金等の交付手続等に関する規則及び草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付要綱が適用されること。			

※手続きを代理人に依頼する場合は、「委任状」を添付してください。

※利用するサービスの内容が分かる書類を添付してください。