

第 1 号様式（第 5 条関係）

横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業登録申請書

年 月 日

横須賀市長あて

申請者 住所
氏名

横須賀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、必要書類を添えて申請します。
なお、利用及び助成の可否、助成額等を判断するために必要がある場合には、下記調査を行うことに同意します。

- ・ 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を閲覧すること。
- ・ 医療機関に病状及び治療内容を照会すること。
- ・ 対象サービスの提供事業者の内容を照会すること。
- ・ 公的制度受給状況や本事業と同様のサービス等の利用状況を照会すること。
- ・ 申請者の租税に関する公簿を閲覧すること。

助成対象者 (甲)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ 〒 横須賀市	連絡先（電話番号）
生活保護受給の有無			☐ 有 ☐ 無
障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無			☐ 有 ☐ 無

甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、乙に横須賀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、助成金の交付申請、請求及び受領等の手続きを受任者が代理することができます。				
受任者 (乙)	フリガナ		生 年 月 日	甲との関係
	氏 名		年 月 日	
	住 所	〒	連絡先（電話番号） 	

【添付が必要な書類】
☐ 横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書（第 2 号様式）