

横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

〒

住所

申請者 氏名

(助成対象者との関係 本人・受任者・法定代理人)

電話番号

メールアドレス (□なし)

〒

住所

助成対象者 氏名

(□申請者と同じ) 電話番号

メールアドレス (□なし)

年 月 日付で登録された横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金として、次のとおり横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第11条の規定により申請します。

なお、この申請にあたり、以下の内容に同意します。

1. 本事業への申請内容および市が保有する個人情報（市税の納付状況の確認を含む）に関し、調査および関係機関への照会を行うこと
2. 本申請書の記載内容をもとに必要な事務手続きを行うこと

補助金等の名称	横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業助成金		
補助事業等の名称	横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業		
(年 月分)			
サービス利用料 (A)	$A \times 0.9$ (B)	補助上限額 (C)	交付申請額 (B又はCのいずれか少ない額)
円	円	54,000 円	円

※生活保護世帯に属する方は、上限6万円の範囲内で自己負担額が免除となります。