

【記入にあたっての注意】

- ① 黒色のボールペンでご記入ください。消せるペンは使用できません。
- ② 記入を間違えた場合は、氏名欄に押したものと同一印で訂正してください。修正液等は使わないでください。

第1号様式（第5条関係）

空白部分に押印してください。
※スタンプ式の印鑑は不可

令和〇年〇月〇日

千代田区長 殿

「申請者」は、領収書の宛名と同一の名前をご記入ください。
※ 助成対象者（がん治療中の方）
または、助成対象者と同一世帯の方

住 所 東京都千代田区九段北〇-〇-〇
申請者氏名 千代田 太郎
電話番号 〇3 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
メールアドレス 〇〇〇〇〇〇〇.〇〇〇〇.〇〇〇

千代田区若年がん患者在宅療養費助成金交付申請書

千代田区若年がん患者在宅療養費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、主治医の意見書を添えて下記のとおり申請いたします。

申請者と対象者が同一の場合は必ずチェックしてください。

この助成金の申請に当たり、千代田区が住所等の確認のために住民記録の閲覧や制度の利用状況、利用者の身体状況について必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

同意する

必ず押印してください。

助成対象者（甲）	氏名	千代田 太郎	印	生年月日	平成	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千代田区九段北〇-〇-〇		〇	〇	〇
生活保護受給の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受給者の場合照会の同意 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
甲の病状による家事支援（育児含む）の必要性の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
甲はサービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1項の規定にかかわらず、乙に千代田区若年がん患者在宅療養費助成に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。						
受任者（乙）	上記委任の件について、承諾しました。					
	フリガナ	チヨダ ハナコ	印	生年月日		
	氏名	千代田 花子		平成	〇	〇
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区神田〇〇町〇-〇-〇		〇	〇	〇
電話番号	〇3-〇〇〇〇-〇〇〇〇					

チェック漏れのないようにしてください。