

第1号様式（第5条関係）

座間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

（宛先）座間市長

座間市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

【申請者】

ふりがな		生年月日（年齢）
氏名		年 月 日（ 歳）
住所	座間市	
電話番号		
助成対象者との関係		

申請に当たり、次の事項について同意します。

- 市が、助成対象者の住民基本台帳の記録事項を確認すること。
- 市が、他の制度における費用の助成を受けているか確認すること。

【助成対象者】

ふりがな		生年月日（年齢）
氏名		年 月 日（ 歳）
住所		
電話番号		
病名		
サービス利用日 （ 予 定 ）	年 月 日	
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による給付 又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

《添付書類》

- ・ 座間市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付申請に係る医療機関意見書