

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

葉山町長あて

申請者 住所 _____
電話番号 _____
氏名 _____
助成対象者との続柄 _____

葉山町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

葉山町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、町が保有する個人情報に関する調査および関係機関に照会することに同意します。

助成対象者 (甲)	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
	住所 〒 一		
	電話番号		
	公的制度の受給状況	障害者手帳 有・無	該当する部分に○印を付けてください。
		小児慢性特定疾病 医療費助成 有・無	

受任者 (乙)	甲は、民法653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に葉山町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。		
	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
	住所 〒 一	甲との続柄	
		電話番号	

【添付が必要な書類】

- 葉山町若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書（第2号様式）
- 助成対象者及び受任者の身分証明書の写し