

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

阿久比町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金利用申請書

次のとおり申請しますので、承認してください。

補助対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____			
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	連絡先等	
			年 月 日		
			年 月 日		
主治医	医療機関名： 医 師 名： 電話番号 _____				
利用開始日	年 月 日（予定）				
補助対象経費	在宅サービス等	内容（利用する予定のものを記載）			
	在宅サービス				
	福祉用具の貸与				
	福祉用具の購入				
受任者	私は、サービス利用終了後に補助金の請求ができない場合、以下の者に補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。 補助対象者氏名（自署）				
	氏名	補助対象者との続柄			
	住所〒	生年月日 年 月 日			
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有・無）				

添付書類 医師による意見書