様式第１号

千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

　　　　　　　　　　　　　　　※１申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（対象者との続柄　　　　　　　　　　　）

（生年月日　　　　年　　　　月　　　日）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）

下記のとおり、若年がん患者の在宅療養生活支援事業の助成を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

なお、助成の可否、助成金額等を判断するため、千葉市職員が下記の調査を行うことに同意します。

（□にチェック☑をしてください。）

　□　この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること

　□　医療機関に治療内容を照会すること

□　対象サービスの提供事業者に内容を照会すること

* 下記の公的制度受給状況や本事業と同様の障害福祉サービス等の利用状況を照会すること

|  |
| --- |
| ・小児慢性特定疾病　【 無・有（小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の利用： 無・有）】・障害者手帳　　　　【 無・有（身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 】・特定医療費（指定難病）の受給　　【　無　・　有　】・自立支援医療（精神通院）の受給　【　無　・　有　】・生活保護の受給　　【　無　・　有　】 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 対象者氏　名 |  |
| 年　齢 | 　　歳 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | ・日中連絡の取れる電話番号：　　　　（　　　）・メールアドレス（ある方のみ）： |
| 助成金請求代理人 | 申請者が助成対象者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。 |
| 代理人氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 電話 |
| 利用開始（予定）日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |

※１　対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。なお、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示（郵送申請の場合には、写しを添付）が必要です。本人確認書類について：写真付　１点（運転免許証、住民基本台帳カード、旅券等）　写真なし　２点（健康保険・介護保険・後期高齢者医療の被保険者証、住民基本台帳カード 等）

※２　第２号様式を添付してください。