

北区長 殿

北区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

北区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、利用決定に当たり、北区が必要に応じて住民登録、障害者総合支援法や小児慢性特定疾病医療費助成など他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

申請者	フリガナ		
	氏名		
	住所	電話番号 ー ー	
利用者	氏名	☐ 申請者と同じ 印 (受任者に委任する場合で、自署ではない場合は押印してください)	
	住所	☐ 申請者と同じ 電話番号 ー ー	
	生年月日	年 月 日	
	申請者との関係	☐ 保護者 ☐ 配偶者 ☐ 親族 () ☐ その他 ()	
	生活保護費受給の有無	☐ 有 ☐ 無	
	障害者総合支援法による給付の有無	☐ 有 ☐ 無	
	小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無	☐ 有 ☐ 無	
	私（利用者）は、身体状況等により請求ができない場合、民法第 653 条第 1 号の規定にかかわらず、受任者に北区若年がん患者在宅療養支援事業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	上記委任の件について、承諾しました。		
	氏名	印 (自署ではない場合は、押印してください)	
	住所	電話番号 ー ー	