

大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）大紀町長

（申請者）住所
氏名
電話番号

大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

補助対象者 （甲）	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒		
住民基本台帳 による調査	補助対象者の住所等について、住民基本台帳により確認することに <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
生活保護 受給状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <有の場合>受給資格審査のため、大紀町が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
公的制度等の 受給	大紀町重度障害児（者）日常生活用具給付事業利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 小児慢性特定疾病日常生活用具給付事業利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の補助制度の利用又は保険金、共済金、給付金等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

甲は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業に係る一切の権限を委託します。

受任者 （乙）	氏名		助成対象者 との続柄	
	住所	〒 電話		