

様式第1号（第5条関係）

豊川市若年がん患者在宅療養費助成金登録申請書

令和 年 月 日

豊川市長 殿

申請者 住所

氏名（自署）

助成対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

申請者確認（免許書・マイナンバー・その他）

下記のとおり豊川市若年がん患者在宅療養費助成金を利用させていただきます。

記

| | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------------------------|------|------------|-----------------------|
| 助成対象者 | ふりがな | | | 生年月日 | (S・H・R) 【 歳】 年 月 日 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| | 住所 | 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | | 疾患名 | | |
| | 主治医名 | | 電話番号 | | |
| 助成事業 利用目的 | | | | | |
| 緊急連絡先 (本人以外) | 名前 | | 続柄 | 親・兄弟・その他 | |
| | 電話番号 | | 居住地 | 同居・別居 | |
| 利用計画 | サービスの種類 | 訪問介護・訪問入浴等 | | 福祉用具の貸与・購入 | |
| | 他の公的な制度からの助成の有無 | 無 ・ 有 | | 無 ・ 有 | |
| | 利用開始日 | 令和 年 月 日から | | 令和 年 月 日から | |
| | 月額利用料見込 | 円（税込） | | 円（税込） | |

【添付書類】

- 1 医師の意見書または診断書（医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったがんと診断された記載が必要）
- 2 委任状（代理申請する時）
- 3 その他市長が必要と認める書類

記入例

様式第1号（第5条関係）

豊川市若年がん患者在宅療養費助成金登録申請書

豊川市長 代理で申請する場合は原則委任状が必要です。5年 7月 1日
未成年はその保護者（証明の提示必要）が申請者です。

申請者 住所 豊川市 町 3丁目 77番地 1

氏名（自署） 豊川 花子

助成対象者との続柄（ 母 ）

日中つながりやすい電話番号を記入してください。

電話番号（ 0533-89-0610 ）

申請者確認（免許書・マイナンバー・その他）

下記のとおり豊川市若年がん患者在宅療養費助成金を利用させていただきます。

記

| | | | | | |
|-----------------|-----------------|------------------|------|--------------|----------------------------|
| 助成対象者 | ふりがな | とよかわ たろう | | 生年月日 | (S・H・R) 【 29歳】 6年 3月 8日 |
| | 氏名 | □申請者と同じ 豊川 太郎 | | | |
| | 住所 | 〒 □申請者と同じ | | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 豊川市民病院 | 疾患名 | 胃がん | |
| | 主治医名 | 八幡 次郎 | 電話番号 | 0533-86-1111 | |
| 助成事業利用目的 | 訪問介護利用のため。 | | | | |
| 緊急連絡先 (本人以外) | 名前 | 豊川 花子 | 続柄 | ○親・兄弟・その他 | |
| | 電話番号 | 0533-89-0610 | 居住地 | ○同居・別居 | |
| 利用計画 | サービスの種類 | 訪問介護・訪問入浴等 | | 福祉用具の貸与・購入 | |
| | 他の公的な制度からの助成の有無 | ○無・有 | | 無・有 | |
| | 利用開始日 | 令和 5年 7月 3日から | | 令和 年 月 日から | |
| | 月額利用料見込 | 25,000円（税込） | | 0円（税込） | |

【添付書類】

- 1 医師の意見書または診断書（医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったがんと診断された記載が必要）
- 2 委任状（代理申請する時）
- 3 その他市長が必要と認める書類