

別記

第1号様式（第8条関係）

柏崎市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）柏崎市長

申請者 住所
氏名
（利用者との続柄）
（電話番号）

柏崎市若年がん患者在宅療養支援事業について、次のとおり申請します。

利用者	住所	〒 柏崎市		
	フリガナ 氏名			
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	連絡先☎	
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考(連絡先等)
利用開始予定日		年 月 日		
公的 制度	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (身体障害 ・ 療育 ・ 精神障害)		
	小児慢性特定疾患医療費助成の受給	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
《誓約事項》以下の項目について確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 <input type="checkbox"/> 利用者(受任者がいる場合、受任者も含む。)は、市税の滞納がないことを誓約します。				
受任者	利用者は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、受任者に柏崎市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続きを委任します。 ※申請者が助成対象者本人の場合、可能な限り以下を記入してください。(受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。)			
	フリガナ 氏名		利用者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒	連絡先☎	
その他特記事項				

※医師の意見書（第2号様式）を添付してください。

利用決定等に当たり、住民登録又は他の制度の利用状況など、市が管理する個人情報
を閲覧し、必要な範囲で医療機関や関係機関等から利用者の情報を取得すること、又は
関係機関等へ提供することに同意します。

本人氏名（自署）