

様式第1（第5条関係）

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

大口町長

様

申請者 住所

氏名

補助対象者との続柄

電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお申請にあたり、大口町が対象者の住民基本台帳や保護台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

記

補助対象者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
			年齢	歳
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ( )		
受任者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	補助対象者との続柄	
その他	生活保護の受給（有・無） 小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無） 他の制度における助成又は給付の受給（有・無）			
利用開始（予定）日		年 月 日		
申請期間		_____年__月分 ~ _____年__月分		
利用するサービスの区分	該当するサービスに○印をつけてください。			
	訪問介護		訪問入浴介護	
	身体介護に関すること		福祉用具貸与	
	生活援助に関すること		福祉用具購入	
	通院等乗降介助に関すること		その他 ( )	