

様式第1号（第6条関係）

熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）熊本市長

申請者 住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

私は、熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。
なお、申請にあたっては次のとおりです（□にチェック（☑）を記入してください）。
☐ この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、市税等の滞納の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。
☐ 主治医に治療内容を照会することに同意します。
☐ 対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。
☐ 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
☐ 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していません。
☐ 申請にあたっては熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱の内容を遵守します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者 氏名（甲）		年齢	
住所	〒 ☐ 申請者と同じ TEL （ ）	申請者との 関係	
甲は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に熊本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。 委任者（自署） ※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続きは受任者が代理として行うこととなります。			
受任者 （乙）	氏名	生年月日	年 月 日
	〒 ☐ 申請者と同じ TEL （ ）	対象者との 関係	
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）			

（添付書類）

- 1. 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど）
- 2. 熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る意見書（様式第2号）

様式第 1 号（裏面）（第 6 条関係）

利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1 訪問介護 （1） 身体介護中心 （2） 生活援助中心 （3） 通院等乗降介助 2 訪問入浴介護
福祉用具貸与	1 手すり（工事を伴わないもの） 2 スロープ（工事を伴わないもの） 3 歩行器 4 歩行補助つえ 5 車いす 6 車いす付属品 7 特殊寝台 8 特殊寝台付属品 9 床ずれ防止用具 10 体位変換器 11 移動用リフト（つり具の部分を除く） 12 自動排泄処理装置
福祉用具購入	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分
利用予定 事業所 （申請時点）	1 訪問介護 （ ） 2 訪問入浴介護 （ ） 3 福祉用具貸与 （ ） 4 福祉用具購入 （ ）
利用開始 （予定）日	年 月 日