

別 記

第1号様式(第5条第1項)

習志野市若年がん患者在宅療養サービス費等助成金受給資格認定申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

次のとおり、習志野市若年がん患者在宅療養サービス費等助成金の受給資格の認定を申請します。

申請者	フリガナ		生年 月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所	習志野市				
	電 話 番 号					
生計を一に している 同居の親族	申請者との 続 柄					
	フリガナ					
	氏 名					
	電 話 番 号					
添付書類	医師意見書					

同 意 欄

審査に当たり、次の事項に同意します。

- ・住民基本台帳及び生活保護受給状況を閲覧すること。
- ・法令等に基づく在宅療養サービス費、通院費又は医師意見書作成費の受給の状況を関係機関に照会すること。
- ・障害者総合支援法による給付及び小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付状況を照会すること。

申請者 氏名 _____ 印 _____