

笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書

年 月 日

笠間市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(電話番号 )

笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の利用について、笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第5条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請に当たっては次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- この補助金の利用に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について笠間市が閲覧・照会することに同意します。
- 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。
- 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- 申請に当たっては笠間市若年がん患者在宅療養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 ( 歳)	
対象者 氏名 (甲)		申請者 との関係		
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ( )	生活保護の受給	有 ・ 無	
甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、乙に笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金にかかる一切の手続きを委任します。 ※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 ( 歳)	
	住所 <input type="checkbox"/> 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】

- 申請者、対象者、受任者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証（両面）など）の写し
- 笠間市若年がん患者在宅療養支援事業補助金に係る意見書（様式第2号）
- 生活保護の受給を確認できる書類（他市町村で生活保護を受給されている場合）

