

# 豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書 記入例

様式第1号（第5条関係）

## 豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

令和5年 7月 5日

豊橋市長 様

〒441-8539

申請者 住所 豊橋市中野町字中原100番地

氏名（白署）豊橋 花子

電話番号（0532）39-9136

日中つながる電話番号を記入してください。

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、豊橋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、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり豊橋市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧及び、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

### 記

ふりがな		生年 月日	昭和60年 9月 30日
対象者氏名 (甲)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		(年齢 37歳)
住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	( )
主治医	病院名：ほのくに病院 医師名：穂の国 けんた		電話番号(0532)39-9141
利用開始 予定日	令和5年 7月 18日		
対象の サービス	区分	サービスの内容	
	1. 在宅サービス	訪問介護	
	2. 福祉用具の貸与	特殊寝台、車いす	
	3. 福祉用具の購入		
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合は、乙に本事業にかかる補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。		
	氏名（白署）豊橋 太郎	甲との続柄 夫	
	住所 〒 441-8539 豊橋市中野町字中原100番地	生年月日	昭和59年 8月30日
その他	生活保護の受給 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無)		
	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無)		

在宅サービスの場合は、利用するサービス名を、福祉用具貸与・購入の場合は貸与・購入する福祉用具名を記入してください。

「有」の場合は補助対象となりません。

### 豊橋市記載欄

補助決定サービス (承認・不承認) 決定年月日	申請受理年月日	
	整理番号	

※医師による意見書等を添付してください。  
※他の公的な制度等を利用されている場合は、利用できません。

この欄は記入不要です。