

様式第1号（第6条関係）

伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業利用申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

住所  
申請者 氏名  
電話番号

伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

助成対象者 (甲)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ	年齢	歳
	住所	〒		
住民基本台帳 による調査	助成対象者の住所等について、住民基本台帳により確認することにより <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
生活保護 受給状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<有の場合>受給資格審査のため、伊勢市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
公的制度等 の受給	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の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	上記以外の他の補助制度の利用 又は 保険金、共済金その他の給付金の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

甲は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業に係る一切の権限を委任します。

受任者 (乙)	氏名	Ⓜ	助成対象者 との続柄	
	住所	〒  電話		