

松戸市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 松戸市長

サービス利用者本人
またはそのご家族が申請者となります。

サービス利用者本人のものを記載

利用者のご家族のものを記載

申請者 住所

氏名

(利用者との続柄:)

(電話番号:)

松戸市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、松戸市若年がん患者在宅療養補助金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり、添付書類を添えて申請します。

フリガナ	マツド タロウ		生年	XX年XX月XX日
利用者氏名 (甲)	松戸 太郎		年月日	(XX歳)
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒XXX-XXXX (申請者の住民票上の住所と同一の場合は省略可) 松戸市 (本人の住民票上の住所を記載) 電話番号 本人の固定または携帯電話			
主治医	医療機関名	電話番号		
	医師名			
利用開始予定日	年 月 日			
利用予定のサービス	利用予定のサービスに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの利用 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 <input type="checkbox"/> 意見書の作成 <input type="checkbox"/> 通院等に係るタクシー運賃			
状況	障害者手帳	あり・なし	左記のいずれかに「あり」の方に伺います。 ① 障害者総合支援法等によるサービスの利用 (あり・なし)	
	小児慢性特定疾病医療受給証	あり・なし		
	特定医療費 (指定難病) 受給者証	あり・なし	② 上記①で「あり」の方が利用しているサービスを伺います。 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付	
	生活保護の受給	あり (生活保護緊急 (夜間・休日) 受診証の写し又は生活保護受給証明書を提出してください。) / なし・申請中		
	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、利用者の上記公的制度利用状況について、関係課に照会することに同意します。			
右記に <input checked="" type="checkbox"/> がある方は住民票 (写し) は必要ありません	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、利用者の住民基本台帳の記載事項について、松戸市が保有する公簿により、担当職員が調査することに同意します。			
受任者 (乙)	甲は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に松戸市若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の権限を委任します。※申請者が利用者本人の場合、可能な限り以下を記入してください。(受任者を指定いただくことで、利用者本人が手続きを行うことが困難な場合、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。)			
	氏名	(申請者の氏名を記載)		利用者との続柄 (本人との続柄を記載)
	住所	〒 (申請者の住所を記載)		電話番号 申請者の固定または携帯電話

該当する場合にチェックを記入してください。

該当するものにチェックを記入してください。

該当するものを○で囲んでください。

添付書

① 松戸市若年がん患者在宅療養支援事業の利用に係る主治医意見書（第2号様式）

※同時に提出できない場合、主治医の在籍医療機関に意見書作成の依頼状況及び対象者の病状を確認することに同意します。

② 住民票の写し（利用者が記載されていること）

③ 代理（利用者のご家族）による申請の場合は、本人との関係が分かる書類（戸籍等）を添付してください。

※ 同一世帯の場合、上記②と同一の住民票（写し） ※表面の☑欄にある、利用者の住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査することに同意している場合は省略可です。

※ 対象者が未成年の場合

法定代理人（保護者等）が申請してください。なお、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示が必要です。（郵送の場合は、写しを添付してください。）

本人確認書類について：写真付き1点（運転免許証、住民基本台帳カード、旅券等）又は写真なし2点（健康保険、介護保険、後期高齢者医療の被保険者証、住民基本台帳カード等）