

様式第1号（第6条関係）

守谷市若年がん患者在宅療養生活支援助成金登録申請書

年 月 日

守谷市長 宛て

守谷市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

なお、本申請の利用決定に関して必要な範囲で次の調査を行うことに同意します。

（次の①から③の  にチェック  をしてください。）

- ①  病状や治療内容について、主治医に対し聞き取りをすること。
- ②  対象サービスの利用状況について、事業者等に対して照会すること。
- ③  守谷市若年がん患者在宅療養生活支援助成金と同趣旨の公的制度の利用状況について照会すること。

申請者	フリガナ		対象者 との続柄	
	氏名			電話番号
	住所	〒 —		
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒 — 守谷市		
主治医	医療機関名： 主治医氏名：		電話番号：	
生活保護の 受給	有 無	有の場合、以下の <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 受給の有無について市の生活保護担当課に確認することに同意します。		
他の公的制度 利用状況	有 無	有の場合、当てはまる <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ )		

【添付書類】・守谷市若年がん患者在宅療養生活支援助成金に係る意見書

- ・申請者の本人確認書類の写し
- ・（※他市で生活保護を受給されている方）受給を確認できる書類

## 提出前の確認事項

- 申請後に登録決定を受けた場合、助成対象費用となるのは、次のとおりです。
  - (1) 申請日(※)の属する月以降に利用した対象サービス利用料
  - (2) 守谷市若年がん患者在宅療養生活支援助成金に係る意見書作成料
- ※「申請日」とは、市が本申請書の提出を受けた日となります。  
ただし、郵送申請の場合は、当該郵便物の消印日を「申請日」とします。
  
- 本事業の申請にあたっては、可能な限り同居家族等(対象者と同居し、又は生計を一にする親族等)が「申請者」となってください。それにより、対象者本人が手続き困難な場合も、同居家族等が請求等の手続きを行うことができます。なお、その場合、助成金の振込みは同居家族等に対して行うこととなります。
  
- 領収書、利用したサービスの明細書は助成金交付申請の際に必要となります。  
紛失した場合申請できませんので大切に保管してください。