

別記

第1号様式（第7条第1項）

木更津市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）木更津市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

木更津市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、木更津市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第7条第1項の規定により、市が行う次の事項について確認・同意の上、必要書類を添えて申請します。

（次の項目の□にチェック☑をしてください。）

☐ ①この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、確認すること。

☐ ②医療機関に病状及び治療内容を照会すること。

☐ ③対象サービスを実施する事業者に対し、利用状況等について照会すること。

☐ ④下記の公的制度受給状況等や本事業と同様のサービス等の利用状況を調査すること。

|                       |       |                                                                                                                                  |      |           |
|-----------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|
| 助<br>成<br>対<br>象<br>者 | ふりがな  |                                                                                                                                  | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
|                       | 氏 名   |                                                                                                                                  | 電話番号 |           |
|                       | 住 所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 千 木更津市<br>（記載不要）                                                                                 |      |           |
| 主 治 医                 | 医療機関名 |                                                                                                                                  |      |           |
|                       | 医 師 名 | 電話番号                                                                                                                             |      |           |
| 利用開始予定日               |       | 年 月 日                                                                                                                            |      |           |
| 利用予定サービス等             |       | <input type="checkbox"/> 意見書作成 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入 |      |           |
| 生活保護受給状況              |       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                            |      |           |
| 障害者手帳所持状況             |       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）                                                 |      |           |
| 障害福祉サービス利用状況          |       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                            |      |           |

（※受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理人として請求等の手続きを行うことができます。）

私は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、受任者に木更津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。

委任者（自署） \_\_\_\_\_  
（※自署することが困難である場合は、代筆による記名の上、裏面の「代筆申出書」をご記入ください。）

|             |      |                                             |      |  |
|-------------|------|---------------------------------------------|------|--|
| 受<br>任<br>者 | ふりがな |                                             | 続 柄  |  |
|             | 氏 名  |                                             | 電話番号 |  |
|             | 住 所  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 千<br>（記載不要） |      |  |

上記委任の件について、承諾しました。

受任者（自署） \_\_\_\_\_

（裏面有り）

## 代筆申出書

委任者（ ）は、心身の状況により自署することが困難であるため、本人の意思を確認した上で代筆しました。

本申請及び受任者の指定は本人の意思に基づくものであり、記載内容に相違ないことを申し出ます。

代筆者 ☐ 受任者と同じ（以下記載不要）

住 所 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 必要書類

- (1) 木更津市若年がん患者在宅療養支援事業利用に係る意見書（第2号様式）  
※同時に提出できない場合は後日提出可
- (2) 助成対象者及び受任者（助成対象者が18歳未満の場合は法定代理人(保護者等)）の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード等）
- (3) 助成対象者と受任者（助成対象者が18歳未満の場合は法定代理人(保護者等)）の続柄がわかる書類（戸籍抄本等）  
※住民基本台帳にて続柄の確認ができる場合で、表面の☑事項①に同意している場合は省略可

### 申請にあたっての留意事項

- (1) 助成対象者が18歳未満の場合は、法定代理人（保護者等）が申請者となります。
- (2) 申請書の提出は、郵送でも可能です。本人確認書類については、写しを添付してください。