

様式第 1 （第 4 条関係）

東郷町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

東郷町長 殿

申請者 住 所 東郷町

氏 名

電話番号

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
利用者氏名 (甲)	☐ 申請者と同じ				
住 所	〒 ☐ 申請者と同じ 電話番号				
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主治医	病院名： 医師名： 電話番号				
対象経費	区分	サービスの内容			
	1. 在宅サービス				
	2. 福祉用具の貸与				
	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、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			甲との続柄	
	住所 〒			生年月日 年 月 日	
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有・無）				

※医師による意見書を添付してください。

※他の公的制度の利用に係る経費については、利用できません。