

様式第 1 号 (第 6 条関係)

小児・若年がん患者在宅療養費補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	T E L	
	補助対象者との関係	

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西市小児・若年がん患者在宅療養費補助金の交付による支援を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

支援対象事業の開始予定日：			
補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> その他	住 所	
		氏 名	
		生年月日	年 月 日
		T E L	
主治医	医療機関名		
	医師名	TEL	
支援対象事業	訪問介護に関すること <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の援助 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の利用等の援助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	その他 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ()		
事業者名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 ()		
小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書 (様式第 2 号)、小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書 (様式第 3 号)、市税の滞納等がない証明書