

第1号様式（第5条関係）

日進市若年がん患者在宅療養費補助事業利用申請書

○年 ○月 ○日

申請者と補助対象者は原則同じ人
となります。（難しい場合はご相談
ください。）
補助対象者が未成年の場合は、
保護者を申請者としてください。

申請者 住所 日進市岩崎町兼場101-1
氏名 日進 花子
補助対象者との続柄 本人・（ ）
電話番号 0561-72-0770

日進市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな	にっしん はなこ			生年月日	○年 ○月 ○日
補助対象者 氏名	日進 花子			(年齢)	(○歳)
住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()				
家族構成	氏名	続柄	生年月日	連絡先等 (備考)	
	日進 一郎	夫	○年○月○日	090-0000-0000	
	日進 保子	娘	○年○月○日	090-0000-0000	
主治医	病院名 日進保健クリニック 医師名 保健 太郎 電話番号 0561-74-0244				
利用開始 予定日	○年 ○月 ○日				
補助対象 経費	区分	利用予定のサービスの内容			
	在宅サービス	① 訪問介護（身体介護・生活援助・通院等乗降介助等） ② 訪問入浴介護 ③ 訪問看護 ④ 訪問リハビリテーション ⑤ 居宅療養管理指導 ⑥ 夜間対応型訪問介護 ⑦ その他（ ）			
	福祉用具の 貸与	① 手すり（工事を伴わないもの） ② スロープ（工事を伴わないもの） ③ 歩行器 ④ 歩行補助つえ ⑤ 車いす ⑥ 車いす付属品 ⑦ 特殊寝台 ⑧ 特殊寝台付属品 ⑨ 床ずれ防止用具 ⑩ 体位変換器 11 移動用リフト（つり具の部分を除く） 12 自動排泄処理装置 13 その他（ ）			
福祉用具の 購入	① 腰掛便座 ② 自動排泄処理装置の交換可能部品 ③ 入浴補助用具 ④ 簡易浴槽 ⑤ 移動用リフトのつり具の部分 ⑥ その他（ ）				

他の公的な制度等の利用状況（他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。）

小児慢性特定疾病医療費助成の受給	有 ・ 無
障害者総合支援法に基づく給付	有 ・ 無
他の公的な制度又は保険における助成又は給付の受給	有 ・ 無

※ 医師による意見書又は第2条第1項第3号に該当することが確認できる書類を添付してください。

※ 補助対象者が未成年者の場合は、保護者が申請してください。

誓約事項（□に✓を入れてください。）

- 市税を滞納していないこと。
- 日進市暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。
- 本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。
- 事業の利用に必要な情報を市が医療機関や、サービス等を提供する事業所等から取得することを了承すること。