

記入見本

第2号様式

若年がん患者在宅療養費助成受給資格認定申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

対象者ご本人(成田市民)の
氏名をお書きください

〒 286-0017
申請者 住所 成田市赤坂 1-3-1
氏名 保健 福子

若年がん患者在宅療養費助成を利用したいので、若年がん患者在宅療養費助成受給資格の認定について、次のとおり申請します。

ふりがな	ほけん ふくこ	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
対象者氏名	保健 福子		
住所	成田市赤坂 1-3-1		
連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 主治医の意見書を作成した日以降		
利用開始(予定)日	令和6年4月1日		
公的制 度利 用状 況	障害福祉サービス受給者証(有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 小児慢性特定疾病医療受給者証(有・ <input checked="" type="radio"/> 無)		「有」(他の制度により類似の助成を受けている)の場合は申請できません
介護者(※)	ふりがな		利 用 日 の 続 柄
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	連絡先		

常時介護者とは
・対象者と同居する親族
・2親等内の親族
・市長が特に必要と認めた者

※常時介護者がいる場合にのみ記入してください。