

利用日の翌日から
2年以内の日付で申請してください(必着)
領収書が複数の場合は古いものから2年です

若年がん患者在宅療養費助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

〒 286-0017

受給資格者ご本人(成田市民)の
氏名をお書きください

申請者 住 所 成田市赤坂1-3-1

氏 名 保健 福子

電話番号 090-0000-0000

若年がん患者在宅療養費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給資格者	住 所	成田市赤坂1-3-1	
	氏 名	保健 福子	
	生 年 月 日	平成〇〇年〇月〇日	
助成申請額	複数月まとめた額で申請可能です		206,000 円
助成を希望するサービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養サービスの利用に要する費用 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書の作成に要する費用		
申請に係る利用又は作成月	令和6年4月分	54,000 円	
	令和6年5月分	70,000 円	
	令和6年6月分	82,000 円	
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・農協 〇〇 本店・支店 信用金庫 支所	
	口座種別	普通・当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	ホケン フクコ	<p>申請者名義の口座をお書きください (本人が未成年の場合は親権者の口座) 申請者以外の者の口座を希望する場合は、委任状(書式自由)を添付してください(振込先に指定できます)</p>	

	口座名義人	保健 福子
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養サービス利用に係る領収書及び明細書（原本）	

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名(自署) 保健 福子