記入見本

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 090-000-000

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。

	給資		· 格	者	住	住 所 成田市赤坂 1-3-1		:-1		
受;		資			氏 名 保健 福子					
					生年月日	平原	100年0月	IO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					☑在宅療養サービスの利用に要する費用☑訪問介護☑訪問入浴介護☑福祉用具貸与□福祉用具購入☑主治医意見書の作成に要する費用					
					令和6年	4月分		54,000円		
申請に係る 利用又は作成月			令和6年5月分			70,000円				
			令和6年6月分			82,000円				
振	金	融村	幾関	名	OO 銀行・ 信 用 金			OO 本店・支店 支所		
込	П	座	種	別	で 当	i座	口座番号	1234567		
	フ	フリガナ		ナ	ホケン フ	クコ	申請者名義の	の口座をお書きください		
先	口座名義		人	保健福子		(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(書記 ————————————————————————————————————				
添	付)	資	料	☑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。