

大津町若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付申請書

年 月 日

大津町長

申請者 住所  
氏名  
補助対象者との続柄  
電話番号

大津町若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、大津町若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者 氏名(甲)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ( )		
希望する サービス	※裏面のとおりに印をつけてください		
希望するサービスについて他の制度や医療保険における助成又は給付		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	

添付書類

- (1) 補助対象者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写しなど)
- (2) 大津町若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る意見書(様式第2号)
- (3) その他町長が必要と認める書類
- (4) 申請者が補助対象者に代わって申請する場合は、申請者の本人確認書類

次の同意事項の内容を確認し、□に印をつけてください。

なお、補助対象者以外が申請される場合は、補助対象者に同意確認後、印をつけてください。

同意事項

<input type="checkbox"/>	申請に当たり、大津町が住所等の確認のために住民記録の閲覧や、他制度の利用状況、医療機関等への照会を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/>	申請に当たり、町税等の滞納の有無を調査されることに同意します。

利用したいサービスの番号に印をつけてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1 訪問介護 (1) 身体介護中心 (2) 生活援助中心 (3) 通院等乗降介助 2 訪問入浴介護
福祉用具貸与	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 車椅子 6 車椅子附属品 7 特殊寝台 8 特殊寝台附属品 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
福祉用具購入	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分
利用開始 (予定)日	年 月 日

税務課記入欄

係長	担当

補助対象者世帯

滞納あり・滞納なし

住民税・固定資産税・軽自動車税・その他

上記のとおり、確認しました。

税務課長