

様式第 1 （第 5 条関係）
稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所
氏名（自署）
対象者との続柄
電話番号 （ ）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の交付を受けたいので、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第 5 条第 1 項に基づき、次のとおり申請します。

対象者（甲）	ふりがな		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	
	氏名	☐ 申請者と同じ			
	住所	〒 ☐ 申請者と同じ 電話番号 ()			
	確認事項	区分		いずれかに○印	
		小児慢性特定疾病医療費の受給		有 ・ 無	
		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく給付		有 ・ 無	
		生活保護の受給		有 ・ 無	
		他の制度における助成又は給付		有 ・ 無	
		転入前の市町村における同制度での補助金の交付		有 ・ 無	
		受給資格の審査のため市が実施する確認事項に係る調査の実施に ☐ 同意します ☐ 同意しません			
情報の取得・提供	補助金の交付に当たり、必要な限度で市（市が委託する相談支援事業所を含む。）が関係機関等から対象者の情報を取得すること又は関係機関等へ提供することに ☐ 同意します ☐ 同意しません				
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第 6 5 3 条第 1 号の規定にかかわらず、乙に稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者（乙）	ふりがな		甲との続柄		
	氏名				
	住所	〒 電話番号 ()			
サービス利用開始（予定）日		年 月 日			

利用するサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
①在宅サービス	1. 訪問介護 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（ ）
②福祉用具の貸与	1. 手すり 2. スロープ 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（ ）
③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. 排泄予測支援機器 7. その他（ ）

(添付書類)

- 1 稲沢市若年がん患者在宅療養支援に係る意見書（様式第2）
- 2 生活保護受給者証の写し
- 3 補助金の請求及び受領に関する権限の委任先一覧（別紙）

※ 2は対象者が生活保護法による被保護者である場合に、3は補助金の請求及び受領に関する権限についてサービスを提供する事業者に委任する場合に添付してください。

(確認事項)

- ☐私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意します。
- ☐私は、市税等の滞納はありません。
- ☐私は、稲沢市暴力団排除条例に規定する暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者に密接な関係を有する者には、該当しません。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

別紙

補助金の請求及び受領に関する権限の委任先一覧

補助金の請求及び受領に関する権限について、サービスを提供する事業者に委任する場合は、以下を記入し、署名してください。

サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	

(確認事項)

- ☐ サービスを提供する事業者に、補助金の請求及び受領に関する権限を委任することの了承を得ています。
- ☐ 補助金の受領の権限を上記の事業者に委任します。
- ☐ 市が上記事業者と連絡調整することに同意します。

氏名 (自署)

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。