

弘前市若年がん患者日常生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

弘前市長様

申請者 住 所

氏 名 _____
(※自署の場合は押印不要)

電話番号 _____

弘前市若年がん患者日常生活支援事業を利用したいので、弘前市若年がん患者日常生活支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり受任者と連署のうえ申請します。

記

支 援 対象者 (甲)	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	氏 名					
受任者 (乙)	住 所	〒				
	利用開始(予定)日	令和 年 月 日				
	甲は、乙に弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る助成金交付申請及び請求の手続きを委任します。この委任は、民法第653条第1号に該当した場合にも終了しないものとします。 ※申請者と支援対象者が同一の場合、可能な限り以下を記入してください。（受任者を決めていただくことで、申請者が手続きを行うことが困難な場合でも、受任者が助成金交付申請等の手続きを行うことが可能となります。）					
	フリガナ		支援対象者との続柄			
	氏 名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日		
住 所	〒					
電話番号	—	—	—	—	—	
上記委任の件について、承諾しました。 <u>受任者(自署)</u>						

誓約書兼承諾書

- この申請に係る居宅サービスの費用について、他法の適用や他の地方公共団体による同種の支援を受けておらず、及び受ける予定がありません。
- 申請内容の審査のために、市が、他の地方公共団体や関係する医療機関、及び対象サービスの提供事業者等に対し、申請内容の事実確認及び同種の支援の有無の確認を行うことについて承諾します。

氏名 _____
(※自署の場合は押印不要)

(注意事項)

- ・支援対象者が被後見人である場合であって、その成年後見人が申請するときは、申請者の欄は成年後見人について記入してください。
- ・申請者氏名及び誓約書兼承諾書の氏名は、申請者本人が署名するか、又は記名押印してください。
- ・振込先は、支援対象者が死亡した場合を除き、支援対象者の名義の預貯金等口座又は成年後見人の肩書をつけた名義の預貯金等口座に限ります。
- ・申請にあたり、以下の書類を添付してください。なお、申請内容によっては下記以外の書類の提出を求める場合があります。

(添付書類)

- 1 弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る意見書（様式第2号）
- 2 受任者について確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）
- 3 成年後見人が申請する場合にあっては、当該成年後見人本人であることを確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）及び支援対象者との関係を証明する書類

担当及び提出先

健康こども部健康増進課

☎ 0172-37-3750