

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)

支援対象者との関係 (_____)

電話番号 _____

弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る助成を利用したいので、弘前市若年がん患者日常生活支援事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、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。

また、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。

支援対象者	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
	氏名						
	住所	〒					
	電話番号	— —					

(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。
- ・申請者氏名は、申請者本人が署名するか、又は記名押印してください。
- ・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 申請者本人であることが分かる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）
- 2 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）
- 3 成年後見人が申請する場合にあつては、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