

若年がん患者の在宅療養支援事業助成申請書

年 月 日

横浜市長

〒

申請者 住 所
ふりがな
氏 名

申請者が助成対象者と異なる場合は以下を記入してください。
(助成対象者との続柄)
(生年月日 年 月 日)
(性別 男 ・ 女)
(電話番号)

次のとおり、若年がん患者の在宅療養支援事業の助成を受けたいので、申請します。申請にあたり、横浜市若年がん患者の在宅療養支援事業実施要綱を遵守します。

ふりがな			生年月日	年 月 日		
助成対象者 氏 名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号 ()					
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）		
助成金請求 代 理 人	申請者が助成対象者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。					
	代理人氏名			利用者との続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
	住所	電話				
利用開始(予定)日	年 月 日					

*第2号様式を添付してください。

*対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

(同意事項)

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。