

厚木市若年がん患者在宅生活支援助成申請書

年 月 日

(宛先) 厚木市長

別紙「厚木市若年がん患者在宅生活支援助成にかかる意見書」又は任意の様式による書類に記載の理由により、本制度を利用したいので申請します。申請に当たり、厚木市若年がん患者在宅生活支援助成に関する要綱を遵守します。

なお、市が保有する個人情報に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。

【申請者】 ※対象者本人が申請の場合は記入不要

| | | | |
|-------|---|-------------|--|
| ふりがな | | 対象者との 続柄 | |
| 申請者氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |

【対象者】

| | | | |
|-----------|------------------------------------|----|-------|
| ふりがな | | | |
| 対象者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 () | | |
| その他 | 生活保護の受給 (有 ・ 無) ※有の場合は受給者票の写しを提出 | | |
| 利用開始(予定)日 | 年 月 日 | | |

担当 健康こどもみらい部健康医療課
電話 046-225-2201
FAX 046-223-7066