

様式第1号（第6条関係）

小郡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

小郡市長 あて

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
(電話番号)

小郡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、小郡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

また、支援事業の利用決定にあたり、小郡市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年 齢	歳
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()		

利用者は、サービス利用終了後に利用者が助成金を請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、下記の者にこの要綱に基づく助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

受任者	上記の件について、承諾しました。		
	氏名		利用者との続柄
	住所		
	生年月日		電話番号

(裏面に続く)

