

(表面)

様式第1号(第4条、第7条関係)

つくば市若年がん患者在宅療養費助成金登録申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者(支給対象者)

住所

氏名

(利用者との続柄:)

(電話番号:)

つくば市若年がん患者在宅療養費助成金の支給対象者の登録について、つくば市若年がん患者在宅療養費助成金支給要綱第7条第1項の規定により、必要書類を添えて申請します。

フリガナ		生年	年	月	日
利用者氏名		月日		(歳)
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 つくば市 電話番号				
主治医	医療機関名				医師名
利用開始 予定日	年 月 日				
利用予定の サービス	利用予定のサービスにレ印を付してください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入				
他の制度の 利用状況	障害者手帳	有・無	左記のいずれかにおいて「有」を選択した方に伺います。 ① 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律によるサービスの利用 (有・無) ② 上記①で「有」を選択した方が利用しているサービスを伺います。該当する項目にレ印を付してください。 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付		
	小児慢性特定疾病 医療受給者証	有・無			
	特定医療費(指定難 病)受給者証	有・無			
	生活保護受給者証	有・無			
			※有を選択した場合は、生活保護緊急(夜間・休日)受診証の写し又は生活保護受給証明書を提出してください。		
利用者の課税状況及び上記の制度の利用状況について、関係課等に照会することに同意します。 利用者署名 _____					

【添付書類】

- 本人確認書類(運転免許証の写し、健康保険証の写し、マイナンバーカード(顔写真のある面)の写し等)
- つくば市若年がん患者在宅療養費助成金に係る意見書(様式第2号)

(裏面)

提出前の確認事項

- 登録が決定した場合に助成対象経費となるのは、次のとおりです。
 - 1 申請書及び意見書を提出した日の属する月以後に利用した分の利用料
 - 2 意見書の作成に係る費用

- 利用者本人が申請を行うことが困難な場合、同居親族等（利用者と同居し、又は生計を一にする親族等）が「申請者」となることができます。その場合には、登録後の請求等の手続を同居親族等が行うことができます。

- 助成対象経費に係る領収書及び対象サービスの利用に係る明細書は、助成金の請求の際に必要となります。紛失した場合は請求できませんので、大切に保管してください。

- 請求期限は、サービスを利用した日が属する年度の末日までになります。