

須賀川市長

申請者 住所
氏名
利用者との続柄
電話番号

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので下記のとおり申請します。
 なお、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。
 また、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業の利用申請のため、住民基本台帳、税情報及び他制度の利用状況について、須賀川市が関係機関に照会することに同意します。

ふりがな 利用者氏名	生年月日	年	月	日
	年齢	歳		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はチェックしてください。住所記入は不要となります。 〒 (電話番号)			
主治医	医療機関名 医師名 (電話番号)			
利用開始日	年	月	日	予定
公的制度等 受給状況	身体障がい者手帳所持	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(種 級)
	小児慢性特定疾患医療費助成	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※ 医師の意見書（第2号様式）を添付してください。

