

桐生市若年がん患者在宅療養費助成金更新申請書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
(電話番号)

若年がん患者在宅療養費助成金の交付期間の更新について、次のとおり申請します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年 齡	歳
	住所	〒 TEL ()		
	利用決定されている期間	年 月 日 から 年 月 日		
	公的制度受給状況	障害者手帳 有 ・ 無 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無	該当する方に○印を付けてください。	
≪誓約及び同意事項≫ 次の内容を確認の上、署名してください。 利用者は在宅療養生活を支援する他の公的支援制度を受給していない者であること、入院期間中は本事業のサービスを利用しないことを誓約します。 医師意見書等の内容や申請内容等、本事業の利用に関して必要な情報について、関係者に提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">(申請者氏名) _____</p>				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。