

犬山市長

申請者 住所  
 氏名  
 補助対象者との関係（ ）  
 電話番号

犬山市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金交付申請書

犬山市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金について、犬山市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

補助対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(年齢 歳)	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	確認事項	区 分		いずれかに○	
		小児慢性特定疾病医療費助成の受給		有 ・ 無	
		障害者総合支援法に基づく給付の受給		有 ・ 無	
上記以外の制度や保険における助成または給付の受給		有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に同意します				
情報の取得・提供	<input type="checkbox"/> 事業の利用に当たり、必要な限度で市が関係機関等から補助対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに同意します				
利用月	月ごとの利用料及び購入費 ①	①の9/10又は54,000円のいずれか少ない方の額※1,000円未満切捨			
年 月	円	円			
年 月	円	円			
年 月	円	円			
年 月	円	円			
年 月	円	円			
年 月	円	円			
合 計 (交付申請額)		円			

※補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。  
 ※補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、委任状も添付してください。

**【添付書類】**

- 1 申請する月ごとの犬山市若年がん患者在宅ターミナルケア支援利用実績（様式第2）
- 2 犬山市若年がん患者在宅ターミナルケア支援意見書（様式第3）（初回交付申請時および過去の交付申請時に提出した医師の意見書の記載日から1年を経過した場合に限る）
- 3 領収書（原本）※希望により原本確認後に返却することができます。
- 4 その他市長が必要と認める書類