別記第1号様式（第5条関係）

益城町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書

年 月 日

益城町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との続柄

益城町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金の交付を受けたいので、益城町若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
助成対象者氏名	☐ 申請者と同じ		(歳)
住 所	郵便番号 ☐ 申請者と同じ	電話番号	
希望するサービス	※裏面のとおり（該当するものに○印）		
希望するサービスについて他の制度や医療保険における助成又は給付	☐ 有り ☐ 無し		

添付書類

- (1) 助成対象者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、住民票の写し）
- (2) 益城町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書（別記第2号様式）
- (3) その他町長が必要と認める書類
- (4) 家族が助成対象者に代わって申請する場合は、当該家族の本人確認書類

次の同意事項の内容を確認し、にチェックをしてください。

なお、家族が申請される場合は、助成対象者に同意の確認を行ったうえでチェックしてください。

同意事項

☐	申請に当たり、益城町が住所等の確認のために住民記録の閲覧や、他制度の利用状況、医療機関等への照会を行うことに同意します。
☐	申請に当たり、町税等の滞納の有無を調査されることに同意します。

(裏面へ)

利用を希望するサービス（該当するものに○印）

区 分	サービス内容
1 訪問介護	(1) 身体介護に関すること。 (2) 生活援助に関すること。 (3) 通院等乗降介助に関すること。
2 訪問入浴介護	(1) 訪問入浴介護
3 福祉用具貸与	(1) 手すり（工事を伴わないもの） (2) スロープ（工事を伴わないもの） (3) 歩行器 (4) 歩行補助つえ (5) 車いす (6) 車いす付属品 (7) 特殊寝台 (8) 特殊寝台付属品 (9) 床ずれ防止用具 (10) 体位変換器 (11) 移動用リフト（つり具の部分を除く） (12) 自動排泄処理装置
4 福祉用具購入	(1) 腰掛便座 (2) 自動排泄処理装置の交換可能部品 (3) 排泄予測支援機器 (4) 入浴補助用具 (5) 簡易浴槽 (6) 移動用リフトのつり具の部分 (7) スロープ(工事を伴わないもの) (8) 歩行器(歩行車を除く) (9) 歩行補助つえ（松葉つえを除く）
利用開始（予定）日	年 月 日

税務課債権管理係使用欄		
助成対象者	確認事項	確認者印
	滞納なし 滞納あり 分納誓約中 課税なし	(/ 現在)