

第2号様式（表面）

名古屋市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者 住所

氏名 (自署)

(電話番号)

名古屋市若年がん患者のターミナルケア支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな			
利用者 氏名(甲)	(自署)	生年 月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <u>※利用者が未成年の場合は申請者が利用者の氏名を記入 してください。(利用者の自署は必要ありません。)</u>	年齢	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()		
生活保護 の受給	有 ・ 無		
	<有の場合> 受給資格審査のため、名古屋市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に名古屋市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。 <u>※利用者が未成年の場合は記入する必要はありません。</u>			
受任者 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。		
	氏名(自署)	生年 月日	年 月 日
	住所		

※意見書（第3号様式）等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は利用できません。

