

様式第1（第6条関係）

若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）北名古屋市長

申請者 住所  
氏名（自署）  
補助対象者との続柄  
電話番号

北名古屋市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付要綱に基づき、以下のとおり申請します。なお、申請にあたり、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
補助対象者 氏 名					(年齢 歳)
住 所	〒				
	電話番号 ( )				
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主 治 医	病院名： 医師名： 電話番号 ( )				
利 用 開 始 予 定 日	年 月 日				
対 象 経 費	区分	サービスの内容			
	1. 在宅サービス				
	2. 福祉用具の借用				
	3. 福祉用具の購入				
そ の 他	生活保護の受給 ( 有 ・ 無 )				
	他の制度や保険における助成又は給付の受給 ( 有 ・ 無 )				
私は、補助金の請求及び受領をすることができない場合は、次の者に本事業にかかる補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受 任 者	氏名（自署）			続柄	
	住所 〒			生年月日 年 月 日	

※北名古屋市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業意見書（様式第2）を添付してください。

※他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。