

年 月 日

（申請先）土浦市長

申請者
住所
氏名
助成対象者との続柄

土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金交付申請書（ 月分）

土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金交付要項第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

記

1 助成対象者に係る情報

助成対象者	フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏名				
	住所	土浦市			
	電話番号				
利用するサービス名（該当する□にレ点を記入してください。）	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売				
制度利用等の状況	いばらきがん患者トータルサポート事業（若年患者療養生活サポート事業）補助金の受給			(有 ・ 無)	
	生活保護の受給			(有 ・ 無)	
添付書類	(1) 助成対象者の住民票の写し（申請日における住所を確認することができるものに限る。） (2) 土浦市若年がん患者等在宅療養支援事業助成金に係る意見書（様式第2号） (3) 助成対象経費に係る見積書の写し (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類 ※ 2（3）の事項に同意する場合は、（1）の書類の添付は不要です。 ※ （2）の書類が作成された日から1年以内に再度の助成金の交付を申請する場合は、（2）の書類の添付は不要です。				

2 誓約及び同意事項

(1) 助成対象者は、他の法令等（いばらきがん患者トータルサポート事業（若年患者療養生活サポート事業）補助金交付要項を除く。）により、利用するサービスに相当する給付を受けることができる者ではありません。 (2) 助成金の交付の決定のため、市職員が他の法令等による助成対象者の給付の状況を確認することに同意します。 (3) 助成金の交付の決定のため、市職員が公簿等により助成対象者の住民登録を確認することに同意します。 <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p>
--