

南国市長 様

南国市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、南国市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日	補助対象者との続柄・関係	※補助対象者から見た続柄・関係を記入
	氏名	印 ※本人自筆の場合は押印不要				
	住所	電話番号（ ）－				
補助対象者（サービス利用者）等	該当する□に✓	☐ ① 補助対象者（サービス利用者）は、申請者本人です。 ☐ ア サービス利用終了後、私が補助金の交付の申請及び請求ができない場合は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、以下の者に当該申請及び請求並びに補助金の受領に関する権限を委任します。 ※委任しない場合は✓不要				
		☐ ② 申請者は、補助対象者（サービス利用者）の法定代理人（成年後見人）です。				
		☐ ③ 私（補助対象者（サービス利用者））は、申請者に本事業の手続（補助金の交付の申請及び請求並びに受領を含む。）に関する権限を以下の者に委任します。				
	受任者（上記①の場合（アに✓をした場合のみ））又は補助対象者（上記②③の場合）の情報					
	ふりがな		生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）		
	氏名					
住所	電話番号（ ）－					
補助対象サービス利用開始予定日			年 月 日			
補助対象サービス	申請時点で利用予定の補助対象サービスの□に✓をしてください。					
	☐ 訪問介護					
	☐ 訪問入浴介護					
	☐ 福祉用具貸与					
	品目	☐ 車椅子 ☐ 車椅子付属品（電動補助装置等） ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品（サイドレール等） ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器				
		☐ 手すり（工事を伴わないもの） ☐ スロープ（工事を伴わないもの） ☐ 歩行器 ☐ 歩行補助杖 ☐ 移動用リフト（つり具の部分を除く） ☐ 自動排泄処理装置				
☐ 福祉用具購入						
品目	☐ 腰掛便座 ☐ 自動排泄処理装置の交換部品 ☐ 排泄予測支援機器					
	☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ 移動用リフトのつり具の部分					
生活保護の受給（該当する方の□に✓をしてください。）				☐ 有 ・ ☐ 無		
確認事項	次の事項について確認しました（確認の上、□に✓をしてください。）。 ☐ 利用の決定のために、補助対象者の住民基本台帳の情報及び南国市税等の納付状況について、南国市が調査することに同意します。 ☐ 高知県に対して、南国市が当該申請に係る情報を提供することに同意します。 ☐ 他の事業又は助成制度等により、補助対象サービスと同様のサービスの利用又は当該利用に対する助成を受けることができないことを誓約します。					
提出書類	以下の添付書類を添付しました（添付を確認の上、□に✓をしてください。）。 ☐ 医師の意見書（別紙） ☐ その他市長が認める書類 ※南国市から提出の指示があった場合					