

福知山市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

福知山市長様

福知山市若年がん患者在宅療養支援事業について、利用の申請をします。

☐ なお、本事業の利用決定に当たり、次の事項について確認及び同意します。

(☐にチェック☒をしてください。)

- ・過去に福知山市及び他の自治体が実施する同様の助成を受けていません。
- ・この事業の実施にあたり、市が助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じ関係機関に問い合わせることに同意します。

年		月	日	住所	〒	
申請者		氏名				
		対象者との関係 ()				
		電話番号 ()				
対象者	ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	年	月	日 (歳)
	住所	〒				
		電話番号 ()				

【受任者を設定する場合】

民法第643条の規定に基づき、申請行為及び請求行為の手続を以下の受任者が代理人として行います。

☐ また、民法第653条第1項第1号の規定にかかわらず、受任者に福知山市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の手続きを委任します。

受任者	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒				
		☐ 申請者と同じ 電話番号 ()				
上記委任の件について、承諾しました。						
受任者 (自署) (続柄)						