

〈在宅療養記載例〉

(表)

様式第 1 号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者は本人
未成年の場合は、法廷代
理人で申請。
共同申込者には親・配偶
者氏名を記入。

申込者 住 所 浜松市中区鴨江二丁目 11-2
氏 名 浜松 一郎
(署名又は記名押印をしてください)
(電話番号 053-444-3333)
共同申込者 住 所 浜松市中区鴨江二丁目 11-2
氏 名 浜松 太郎
(署名又は記名押印をしてください)
(電話番号 053-444-3333)
(続柄 父)

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金利用認定申込書

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて申
込します。

また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。

- ・ 申込者（共同申込者がいる場合には申込者及び共同申込者）、利用者及びその家族の住民基本台帳等の公簿
を閲覧すること
- ・ 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の利用状況を確認すること
- ・ 医療機関に治療内容を照会すること、及び対象サービスの提供事業所に内容を照会すること

ふりがな	はままつ いちろう	生年月日	平成 12 年 4 月 15 日	
利用者氏名	浜松 一郎	年 齢	21 歳	
住 所	〒432-8550 浜松市中区鴨江二丁目 11-2 TEL 053(444)3333			
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)
	浜松 太郎	父	S46.8.30	090-000-0000
	浜松 花子	母	S48.6.10	090-111-1111
	浜松 一郎	本人	H12.4.15	
	浜松 治郎	弟	H15.11.11	
主 治 医	病院名 浜松中病院 電話番号 053-111-2222 医師名 浜中 松男 (自署または、押印)			
利用開始予定日	令和〇年 〇月 〇日			

(裏面もご記入ください。)

