

# 【申請書記入方法】

必ず消えないペンで記入してください。

## 若年がん患者の在宅療養支援事業助成申請書

年 月 日

横浜市長

〒

申請者 住 所  
ふりがな  
氏 名

申請者が助成対象者と異なる場合は以下を記入してください。  
(助成対象者との続柄 )  
(生年月日 年 月 日)  
(性別 男 ・ 女 )  
(電話番号 )

次のとおり、若年がん患者の在宅療養支援事業の助成を受けたいので、申請します。申請にあたり、横浜市若年がん患者の在宅療養支援事業実施要綱を遵守します。

ふりがな			生年月日	年 月 日		
助成対象者 氏 名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号 ( )					
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）		
助成金請求 代 理 人	申請者が助成対象者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。					
	代理人氏名			利用者との続柄		
	生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女	
	住所	電話				
利用開始（予定）日	年 月 日					

### ★申請に必要な書類

- ・若年がん患者の在宅療養支援事業助成申請書
- ・若年がん患者の在宅療養支援事業にかかる意見書

申請者の方の以下の項目を記入してください。

- ・住所
- ・氏名
- ・助成対象者との続柄
- ・電話番号（日中連絡が取れる電話番号）

※なお、助成金は原則、申請者に振込となります。

この助成を受ける方について、以下の項目を記入してください。

- ・氏名
- ・生年月日
- ・申請日時点の年齢
- ・性別
- ・住所
- ・電話番号
- ・家族構成

申請者が助成対象者本人の場合は、助成金請求代理人を記入してください。  
申請者が助成対象者でない場合は不要です。

対象サービス等の利用を開始する予定日を記載してください。

\*第2号様式を添付してください。

\*対象（児）者が未成年の場合は、保護者が申請してください。  
（同意事項）

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

《 申請書送付先 》 〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地10  
横浜市医療局がん・疾病対策課