

野田市告示第21号

野田市若年がん患者在宅療養費用の助成に関する規則（令和6年野田市規則第4号）の施行に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり定め、令和6年2月6日から適用する。

令和6年2月13日

野田市長 鈴木 有

野田市若年がん患者在宅療養費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 野田市長

住所
 申請者 氏名 ㊟
 (助成対象者との続柄：)
 (電話番号：)

野田市若年がん患者在宅療養費用助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者氏名 (サービスを利用する者)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (歳)
助成対象者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
公的制度利用状況	障害者手帳	あり・なし	
	小児慢性特定疾患医療受給者証	あり・なし	
	生活保護の受給	あり・なし・申請中	
	<input type="checkbox"/> 私は、助成対象者の上記公的制度の利用について、関係課に照会することに同意します。		
同意欄 右記に同意しない場合は、住民票(写し)を添付してください。	<input type="checkbox"/> 私は、助成対象者の住民基本台帳の記載事項について、野田市が保有する公簿により担当職員が調査することに同意します。		
利用月	年 月	助成申請額	円

振込先口座 原則、助成対象者本人の口座をご記入ください。	銀行・金庫		支店・出張所
	組合・農協		
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

野田市若年がん患者在宅療養費用の助成に係る主治医意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
診断日 (一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断した日)			
特記事項等			
<p>上記の者は、がん（一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したことにより治癒を目的とした治療を行わず、介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）であると認める。</p> <p>野田市長 宛</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名（自署又は記名押印）</p> <p>_____</p>			

第 号
年 月 日

様

野田市長 印

野田市若年がん患者在宅療養費用助成金支給決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった野田市若年がん患者在宅療養費用助成金について、野田市若年がん患者在宅療養費用の助成に関する規則第6条第1項の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 決定

支給決定額 円

支給予定日 年 月 日

2 申請却下

理由