

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 ⑩
(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 組合・農協		支店・出張所
			ゆうちょ店番
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		