

野田市告示第 8 7 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のうち、次の様式を別紙のとおり改め、令和 7 年 4 月 1 日から適用する。

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

令和 7 年 4 月 8 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 (サービスを利用する人)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	☐ 申請者と同じ		(歳)		
		電話番号				
	住所	☐ 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			
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。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店名	支店 出張所	預金種別 (該当するものに○を付ける)										
					普通		当座								
金融機関コード					支店番号					口座番号					
フリガナ															
口座名義人															

同 意 書

野田市若年がん患者在宅療養費用助成金の申請に当たり住民基本台帳について、野田市の保有する公簿等より職員が確認することに同意します。(※1)
また、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。(※2)

助成対象者氏名 印

※1: 同意しない場合は、住民票の写しを添付してください
※2: 同意しない場合は、公的制度の受給状況がわかる書類を添付してください。