

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

海老名市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業の利用をしたいので、海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給要綱第6条の規定により申請します。

在宅療養者	氏 名		申請者との関係	
	生年月日			
	住 所	〒		
	電話番号			
利用開始日	年 月 日			
日常生活用具給付事業による補助			有 ・ 無	
同意事項	この申請の審査に当たり、申請書及び添付書類の記載事項について、市が保有する個人情報に関する調査及び医師、サービスを提供する事業者に対して聴取、現地調査等を行うことについて同意します。			