

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

愛川町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

愛川町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

愛川町若年がん患者在宅療養支援事業の利用をしたいので、愛川町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第7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			
愛川町若年がん患者在宅療養支援事業と同様の趣旨の他の補助				無 ・ 有
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、町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。			