

別紙様式1 (表面)

福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

福岡市長 殿

申請者 住所

氏名
(電話番号)

福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

利用予定者 (甲)	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名		(歳)	
	住所	申請者 との続柄		
	TEL ()			
照会同意	福岡市小児・AYA 世代がん患者在宅支援事業の利用にあたり、住民登録情報や生活保護制度の利用状況について、照会・確認することについて同意します。			
	(甲) 署名 _____			

受任者 (乙)	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名			
	住所	利用予定者 との続柄		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()			
委任状	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業にかかる助成金の変更、廃止、請求、受領に関する権限を委任します。			
	(甲) 署名 _____			

※太枠内は利用予定者をご記入ください。

