

第1号様式（第4条第1項）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所

氏名

次のとおり、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (助成対象者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			( 歳)
	住 所		電話番号	
公的制度 利用状況	障害者手帳（有・無） 小児慢性特定疾病（有・無） 介護保険サービス（有・無） <small>※他の制度において、同等の補助又は給付を受けることができない方が対象</small>			
該当する対象	<input type="checkbox"/> 若年がん患者で、在宅介護サービスを利用している方 <input type="checkbox"/> 末期がん患者以外で、寝たきりとなり在宅介護サービスを利用している方			

サービス終了後に請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

助成金代理人	代理人氏名		利用者との 続柄	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所		電話番号	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		