

様式第1号（第4条関係）

別府市AYA世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

別府市長あて

申請者 住所

氏名 印

電話番号

別府市AYA世代がん患者在宅ターミナルケア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	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	年齢	歳
	住所	〒 別府市
	申請者との 続柄	
利用開始（予定）日	年 月 日	
照会同意	別府市AYA世代がん患者在宅ターミナルケア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及び小児慢性特定疾病医療給付制度等他制度の認定状況について照会・確認することを <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が本事業に係る助成金の請求手続きができない場合、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に当該助成金の請求手続き及び受領に関する権限を委任します。	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日
	住所	〒 別府市 電話番号
	利用予定者との 続柄	

様式第1号（裏面）

第2号事業 利用予定者（甲を除く。）

氏名	生年月日	住所	続柄	備考
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	
		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ <input type="checkbox"/> その他 (住所:)	<input type="checkbox"/> 2親等以内の親族 <input type="checkbox"/> その他 (関係:)	