

(表面)

様式第 1 号

恩納村若年がん患者在宅療養生活支援事業申請書

年 月 日

恩納村長 様

申請者

住 所 恩納村字 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり 恩納村若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 村が事業実施に関し必要な情報（住民基本台帳、税情報等の公簿）を閲覧すること。
- 村から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- 村から対象サービス提供者に対しサービス提供内容について照会すること。
- 村から県に対し、他の市町村の実績にかかる情報を提供すること。

1 対象者 (甲)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	恩納村字		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	昭和・平成	年 月 日	(歳)
2 家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）
3 受任者 (乙)	甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続きを下記の者（乙）に委任します。			
	ふりがな		対象者との 関係	
	氏 名			
	住 所	□対象者と同じ		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署） _____				

