

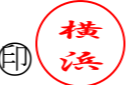
# 【申請書記入例】

必ず消えないペンで記入してください。

## 若年がん患者の在宅療養支援事業助成申請書

横浜市長

令和2年5月1日

申請者 住所 横浜市中区中町12-3-45  
 氏名 横浜 二郎 

(自署でない場合は押印必須)  
 申請者が助成対象者と異なる場合は以下を記入してください。  
 (助成対象者との続柄 父 )  
 (生年月日 昭和50年12月31日 )  
 (性別 男 ・ 女 )  
 (電話番号 080-080-0800 )

★申請に必要な書類

- ・若年がん患者の在宅療養支援事業助成申請書
- ・若年がん患者の在宅療養支援事業にかかる意見書  
 (意見書作成費用は申請者負担になります。)

申請者の方の以下の項目を記入してください。自筆以外の場合は朱肉を使う印鑑を押印してください。

- ・住所
- ・氏名
- ・助成対象者との続柄
- ・申請者の生年月日
- ・申請者の性別
- ・電話番号（日中連絡が取れる電話番号）

※なお、助成金は原則、申請者に振込となります。

次のとおり、若年がん患者の在宅療養支援事業の助成を受けたいので、申請します。

ふりがな	よこはま はるこ		生年月日	平成 14 年 5 月 5 日		
助成対象者氏名	横浜 春子		年齢	18 歳	性別	男 ・ 女
住所	〒231-9999 横浜市中区中町1-22-333-45 電話番号 090 (123) 456					
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）		
	横浜 みな子	母	昭和48年9月1日	045-009-009		
	夏彦	弟	平成16年8月31日			
	千秋	妹	平成17年10月1日			
	冬美	妹	平成20年1月1日			
助成金請求代理人	申請者が助成対象者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。					
	代理人氏名			利用者との続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
	住所	電話				
利用開始(予定)日	令和 2 年 5 月 1 日					

この助成を受ける方について、以下の項目を記入してください。

- ・氏名
- ・生年月日
- ・申請日時点の年齢
- ・性別
- ・住所
- ・電話番号

この助成を受ける方について、家族構成を記入してください。

- ・氏名
- ・助成対象者との続柄
- ・生年月日
- ・連絡先等

申請者が助成対象者本人の場合は、助成金請求代理人を記入してください。申請者が助成対象者でない場合は不要です。

対象サービス等の利用を開始する予定日を記載してください。

\*第2号様式を添付してください。  
 (同意事項)  
 横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

《 申請書送付先 》  
 〒231-0017 横浜市中区港町1-1  
 横浜市医療局がん・疾病対策課

※市庁舎移転に伴い、令和2年4月27日以降は以下の住所となります。  
 〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10