

掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号
利用者との関係

年 月 日付けで利用決定のあった掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金を受給したいため、掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第12条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

1 申 請 額 円

2 利用者の氏名及び住所等（代理人が申請する場合のみ記入してください。）

利用者氏名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			

3 掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書 別紙のとおり

4 領 収 書 別紙のとおり

5 そ の 他