

日光市在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

日光市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

下記のとおり、日光市在宅ターミナルケア支援事業の助成を受けたいので申請します。

記

ふりがな			生年月日	年 月 日	
利用者氏名			年 齢	歳	
住 所	〒 TEL ()				
助成金請求 代理人	申請者が利用者本人の場合、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	
	住 所	TEL ()			
生活保護の 受給	有 ・ 無 有の場合、受給資格審査のため日光市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				
利用開始 予定日	年 月 日				

※ 意見書（様式第2号）等を添付してください。

※ この制度以外の公的な制度を利用されている場合は利用できません。

（裏面に続く）

