

様式1 (表面)

北九州市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

北九州市長 様

申請者 住所

氏名

(利用予定者との続柄)

(電話番号)

北九州市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年 齡	歳
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
支援事業の利用決定にあたり、北九州市が住民登録や他制度の利用状況について、 関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 氏 名 (自署又は記名押印) _____			

(裏面につづく)

