

年 月 日

精華町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用（変更・中止）申請書

年 月 日付けで承認を受けた、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じたので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第8条の規定に基づき申請します。

記

1 利用者氏名 (生年月日 年 月 日)

2 変更内容 (□にチェック☑し、変更事項のみ記載してください)

□ 申請者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

□ 対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

生活保護の受給(○をつけてください)	有 ・ 無	申請者との関係	
--------------------	-------	---------	--

□ 受任者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
	対象者との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		

上記委任の件について、承諾しました。	受任者 (自署)
--------------------	----------

別記様式第5号（裏面）（第8条関係）

3 助成事業を利用する必要がなくなった場合

（理由） 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他（ ）

4 対象者に該当しなくなった場合

（理由） 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 町外に転出した

イ 他の事業において、助成事業と同様のサービスを受けることになった

ウ その他（ ）