

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業変更（廃止）申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 住所
氏名
電話番号 ()
利用者との続柄 ()

年 月 日付けで利用決定を受けた一宮市若年がん患者在宅療養支援事業について、申請内容に変更が生じたので 下記のとおり申請します。また、利用者の住民基本台帳等を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

記

- 1 申請区分 (廃止 ・ 変更)
※変更の場合は、2 もご記入ください。

- 2 変更内容 (変更箇所のみ記載してください。)

ふりがな			生年 月日	年 月 日
利用者氏名 (甲)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			(年齢 歳)
住所	〒			
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
対象経費	区分	サービスの内容		
	1 在宅サービス			
	2 福祉用具の貸与			
	3 福祉用具の購入			
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業にかかる補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。			
	氏名	甲との続柄		
	住所			
	電話番号			

(承認・不承認) 決定年月日		受給者番号	
-------------------	--	-------	--

(本人確認) 確認済 (個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)