

様式第5（第7条関係）

津島市若年がん患者在宅療養支援事業助成金変更（廃止）申請書

年 月 日

（宛先）津島市長

申請者 住所
 氏名（自署）
 対象者との続柄
 電話番号 （ ）

年 月 日付けで交付決定を受けた津島市若年がん患者在宅療養支援事業助成金について、申請内容に変更が生じたので 下記のとおり申請します。

記

- 申請区分 （ 廃止 ・ 変更 ）
 ※変更の場合は、2もご記入ください。
- 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
対象者氏名					(年齢 歳)
住所	〒 電話番号 ()				
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
			年 月 日		
			年 月 日		
主治医	病院名： 医師名： 電話番号 ()				
利用開始予定日	年 月 日				
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	対象者は、サービス利用終了後に対象者が請求できない場合、受任者に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
	氏名（自署）			対象者との続柄	
	住所 〒			生年月日 年 月 日	
その他	生活保護の受給（有・無）		小児慢性特定疾病医療費の受給（有・無）		
	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有・無）				