

長岡京市長 宛

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

長岡京市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、長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成の利用について、下記のとおり申請内容に変更を生じた(利用する必要がなくなった)ので、長岡京市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 対象者の氏名及び住所

ふりがな		生年 月日	大正	昭和	平成	令和
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年	月	日	
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ					

2 申請内容に変更が生じた場合(変更事項を記載してください)

3 支援事業を利用する必要がなくなった場合

《理由》該当するものに○印をつけてください。「ウ その他」とした場合には詳細を記入してください。

- 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》該当するものに○印をつけてください。「エ その他」とした場合には詳細を記入してください。

- ア 市外に転出した
- イ 40歳に到達した
- ウ 他の事業において、支援事業と同様のサービスが受けられることになった  
(事業名: )
- エ その他( )