

様式第7号（第10条関係）

常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金承認変更（廃止）申請書

年 月 日

常滑市長

申請者 住所

氏名（自署又は記名押印）

電話番号 ()

年 月 日付けで提出しました常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金利用申請書について、申請内容に変更が生じたので以下のとおり申請します。

1 申請区分 (廃止 ・ 変更)

2 変更内容（変更箇所のみ記載してください。）

対象者	ふりがな					
	氏名					
対象者	住所連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 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	受任者を以下の者に変更し、この者に補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
受任者	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 〒 電話番号 ()				
	その他	小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無） 他の制度や保険における助成又は給付の受給（有・無）				

3 廃止内容

廃止理由	
------	--