様式第５（第８条関係）

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金変更（廃止）申請書

年　　月　　日

岩倉市長　殿

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

年　　月　　日付けで交付決定を受けた岩倉市若年がん在宅療養費補助金について、申請内容に変更が生じたので、岩倉市若年がん在宅療養費補助金交付要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１ 申請区分 (　　変更　　・　　廃止　　)

　 ※変更の場合は、２もご記入ください。

２ 変更内容（変更箇所のみ記入してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補 助 対 象 者 （ 甲 ） | ふりがな |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 | 〒  岩倉市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | |
| 利　　用  サービス | 区　　分 | 内　　容 | | |
| １在宅サービス |  | | |
| ２福祉用具貸与 |  | | |
| ３福祉用具購入 |  | | |
| 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は、乙に当該補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。 | | | | |
| 氏名（自署） | | | | 甲との続柄 |
| 住所　〒 | | | | 生年月日  年　　月　　日 |
| 確認事項 | 小児慢性特定疾病医療費助成の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 他の制度における助成又は給付の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 生活保護の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に  □同意します　　　　　　　　　　□同意しません | | | | |