東海市小児・若年がん患者在宅療養支援補助金変更（廃止）申請書

令和年（年）　　月　　日

（宛先）東海市長

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）

　令和年（年）　　月　　日付けで交付決定を受けた小児・若年がん患者在宅療養支援補助金交付について、申請内容に変更が生じたので、令和５年度東海市小児・若年がん患者在宅療養支援補助金交付要綱第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　　（　　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） |  | | | |
| （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） |
|  | |  |  | | | |  |
|  | |  |  | | | |  |
| 主 治 医 | 病院名：  医師名：  電話番号　　　（　　　） | | | | | | | |
| 要綱第３条第２号に該当した日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 対 象 経 費 | 区分 | サービスの内容 | | | | | | |
| １.居宅サービス |  | | | | | | |
| 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受領に関する権限を委任します。 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | 甲との続柄 | |
| 住所　〒 | | | | | | 生年月日  　　 　年　　月　　日 | |
| そ の 他 | 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助（　有　・　無　） | | | | | | | |
| 他の制度や保険における助成又は給付の受給　　　　（　有　・　無　） | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |