

様式第6号（第9条関係）

明和町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

明和町長 様

申請者 住 所

氏 名

年 月 日付け 第 号で利用決定した明和町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり変更（中止）したいので、明和町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第9条の規定により申請します。

記

|                          |                          |              |            |
|--------------------------|--------------------------|--------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 変 更                      |              |            |
| 対<br>象<br>者              | <input type="checkbox"/> | フリガナ         |            |
|                          | <input type="checkbox"/> | 氏 名          |            |
|                          | <input type="checkbox"/> | 住 所          | 〒 ー<br>明和町 |
|                          | <input type="checkbox"/> | 電話番号         | ( )        |
|                          | <input type="checkbox"/> | 公的制度<br>受給状況 | 障害者手帳      |
| 小児慢性特定疾病医療費助成            |                          |              | 有 ・ 無      |

|   |     |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/>  | 中 止 |
| <input type="checkbox"/> 支援事業を利用する必要がなくなったため<br><input type="checkbox"/> 対象者が、明和町外に転出したため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |