

様式第5（第8条関係）

年 月 日

知立市長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号

知立市若年がん患者在宅療養支援事業補助金変更（辞退）申請書

年 月 日付で交付決定を受けた知立市若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、（申請内容に変更が生じた ・ 補助金を受給する必要がなくなった）ので、知立市若年がん患者在宅療養支援事業補助金実施要綱第8条の規定により申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
氏 名 (対象者)			

1 申請内容に変更が生じた場合（変更が生じた箇所のみ記載してください。）

住 所	〒 知立市 電話番号 ()		
主 治 医	病院名 医師名 電話番号 ()		
利用開始 予定日	年 月 日		
受任者	利用者は、サービス利用終了後に利用者が申請できない場合、受任者に本事業にかかる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）	利用者との続柄	
	住所 〒	生年月日 年 月 日	
その他	生活保護の受給（有 ・ 無）	小児慢性特定疾患助成医療費の受給（有 ・ 無）	
	他の制度における助成又は給付の受給（有 ・ 無）		

2 助成金を受給する必要がなくなった場合

理 由	該当するものに○を付けてください。 (1) 対象者が入院することとなった。 (2) その他 ()
-----	---