

宇治市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

宇治市長 あて

申請者
住所
氏名
(電話番号)

年 月 日付けで承認を受けた、宇治市若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成の利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、宇治市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要項第10条の規定に基づき申請します。

記

1 対象者の氏名及び住所

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 申請内容に変更が生じた場合（変更事項を記載してください）

3 支援事業を利用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。「ウ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他 ()

4 対象者に該当しなくなった場合

<理由> 該当するものに○を付けてください。「ウ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 市外に転居した

イ 40歳に到達した

ウ 他の事業において、支援事業と同様のサービスが受けられることになった

(事業名をご記入ください))

エ その他 ()