

様式第 4 号（第 8 条関係）

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

（提出先）  
川越市長

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業について、申請内容に変更（廃止）が生じたので下記のとおり申請します。  
なお、川越市が利用者の住所、年齢等について、住民基本台帳を確認することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

- 1 利用者氏名
- 2 区分 （ 変更 ・ 廃止 ）

（廃止の理由）

3 変更内容（変更の場合、変更箇所のみご記入ください。）

|                                                                     |                             |           |         |               |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|---------|---------------|
| 利用者<br>(甲)                                                          | フリガナ                        |           | 生年月日    | 年 月 日<br>( 歳) |
|                                                                     | 氏 名                         |           |         |               |
| 住 所                                                                 | 〒<br>電話番号                   |           |         |               |
| そ の 他                                                               | 小児慢性特定疾病医療費の受給 ( 有 ・ 無 )    |           |         |               |
|                                                                     | 他の制度における助成又は給付の受給 ( 有 ・ 無 ) |           |         |               |
|                                                                     | 生活保護の受給 ( 有 ・ 無 )           |           |         |               |
| 甲は、民法 6 5 3 条第 1 項の規定に関わらず、乙に川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業にかかる一切の権限を委任します。 |                             |           |         |               |
| 受任者<br>(乙)                                                          | 氏 名<br>(自署)                 |           | 生年月日    | 年 月 日         |
|                                                                     |                             |           | 利用者との続柄 |               |
|                                                                     | 住 所                         | 〒<br>電話番号 |         |               |