

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 (甲)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
住 所	〒 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 (乙)	氏 名 (自署)		生年月日	年 月 日
		利用者との続柄		
	住 所	〒 電話番号		