

様式第6（第8条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所
 氏名（自署）
 対象者との続柄
 電話番号 （ ）

年 月 日付けで交付決定を受けた稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、申請内容に変更が生じたので、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請区分 （ 廃止 ・ 変更 ）
 ※変更の場合は、2もご記入ください。
- 2 変更内容（変更箇所のみ記載してください。）

対象者（甲）	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 （ ）		
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
受任者（乙）	ふりがな		甲との 続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			
変更日		年 月 日		

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

