

大府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

大府市長 殿

申請者 住所

氏名（自署）

補助対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

年 月 日付けで提出しました大府市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書について、申請内容に変更が生じたので以下のとおり申請します。

1 申請区分 （ 変更 ・ 廃止 ） 変更の場合は2をご記入ください。

2 変更内容

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	(歳)
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大府市 町 電話番号 ()		
申請者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、受任者に大府市若年がん患者在宅療養支援事業補助金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。				
受任者	氏名		続柄	生年月日 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		
その他	生活保護の受給（有・無） 非課税世帯の該当（有・無） 小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無） 他の制度における助成又は給付の受給（有・無）			
利用開始予定日	年 月 日			
申請額	____月分～3月分 _____円 月額上限 54,000 円（生活保護受給、非課税世帯の場合は 60,000 円）×利用開始月～3月までの月数			
利用するサービスの区分	該当するサービスに○印をつけて下さい。			
	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護
	<input type="checkbox"/>	身体介護に関すること	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与
	<input type="checkbox"/>	生活援助に関すること	<input type="checkbox"/>	福祉用具購入
	<input type="checkbox"/>	通院等乗降介助に関すること	<input type="checkbox"/>	その他 ()

<非課税世帯に該当する場合、世帯構成に変更がある方のみ記載>

申請にあたり、対象者の住民基本台帳及び保護台帳もしくは支援支給台帳又は所得に関する台帳の閲覧に関して同意します。

同意者	氏名	続柄	生年月日

※同意する方が自署してください。

※同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は欄外に記載してください。