

秋田県若年がん患者在宅療養支援事業 変更（廃止）申請書

年 月 日

秋田県知事

申請者 住所
氏名

(利用者との関係)

年 月 日付けで申請した秋田県若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、
☐ 申請内容に変更が生じたため、
☐ 利用する必要がなくなったため、
次のとおり申請します。

1 申請内容に変更が生じた場合（変更があった箇所のみ記載してください）

生年月日	年 月 日(満 歳)		
住 所	〒 (電話番号 - -)		
県との連絡を する者	氏 名	本人との関係	連 絡 先
事業所名	福祉用具の貸与：		
	福祉用具の購入：		
公的制度の 受給状況	小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無 生活保護の受給 有 ・ 無 ※生活保護を受給している場合は、受給資格を証明する書類を添付してください。		

2 支援事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次から選んでください。

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 ()

<利用者氏名： _____>