

秋田県若年がん患者在宅療養支援事業 変更（廃止）申請書

令和4年 7月 7日

最初に申請した日を記入し、該当する項目にチェックを入れてください。

申請者 住所 秋田市山王四丁目1-1
氏名 秋田 太郎
(利用者との関係 本人)

令和4年6月1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。

変更する項目のみ記入してください。

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 秋田 次郎	本人との関係 弟	連 絡 先 080-9876-5432
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： _____>

利用をやめる場合は、理由を選択し利用者の氏名を記入してください。