

年 月 日

（宛先）向日市長

〔申請者〕 住 所
氏 名
電話番号

向日市若年がん患者在宅療養助成変更（中止）承認申請書

年 月 日付けで助成決定を受けた向日市若年がん患者在宅療養助成金交付の申請について、下記のとおり申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、向日市若年がん患者在宅療養助成金交付要綱第9条の規定に基づき申請します。

1 助成対象者の氏名

2 申請内容に変更が生じた場合

〔理由〕 次のうち該当するものに○をつけてください。「イ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 住所を変更した（市内転居の場合）

転居先の住所：

イ その他（ ）

3 助成決定を受けたサービスを利用する必要がなくなった場合

〔理由〕 次のうち該当するものに○をつけてください。「ウ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 入院することとなった

イ 亡くなった

ウ その他（ ）

4 対象者に該当しなくなった場合

〔理由〕 次のうち該当するものに○をつけてください。「エ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 市外に転居した

イ 40歳に到達した

ウ 他の事業において同様のサービスが受けられることになった

（事業名をご記入ください： ）

エ その他（ ）