

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業利用変更・廃止届

変更・廃止届が必要な場合は次のとおり。
・利用者の住所等利用申請から変更が生じたとき
・事業を利用する必要がなくなったとき
・利用者が対象者に該当しなくなったとき

申請日(和暦又は西暦) 9 年 9 月 9 日

申請者又は受任者が申請者となります。

申請者 住所 新座市野火止 1 - 1 - 1
氏名 新座 保健
(電話番号 0 4 8 - 4 7 7 - 1 1 1 1)
(申請者との続柄 子)

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業利用申請について、申請内容に変更・廃止が生じたので、下記のとおり届出します。

1 利用者氏名 新座 太郎

2 区分 (変更) ・ 廃止)

(廃止の理由)

3 変更内容 変更箇所のみ 必ず利用者による署名又は記名押印が必要になります。
利用者による署名の場合は押印不要です。 も御記入ください。

利用者 (甲)	フリガナ	ニイザ タロウ		
	氏名	新座 太郎 (新座) ※本人による署名又は記名押印してください。		
	住所	生活保護の受給を開始した場合は有、終了した場合は無にレを入れてください。 また、受給した開始日又は終了日を記入してください。		
	電話番号			
確認欄	公的制度 受給状況	生活保護の受給	☒ 有 ・ ☐ 無	
		受給 [開始] 日	(西暦又は和暦) 9 年 1 0 月 1 日	
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の権限を委任します。				
受任者 (乙)	氏名	新座 保健		
	生年月日	(西暦又は和暦) 6 年 6 月 6 日	利用者との続柄	子
	住所	〒 3 5 2 - 8 6 2 3 新座市野火止 1 - 1 - 1		
	電話番号	0 4 8 (4 7 7) 1 1 1 1		
受任者を変更した場合、記入してください。 変更後の受任者の署名が必要となります。				
受任者 (自署) 新座 保健				

※ 必要書類：受任者に変更がある場合、受任者の本人確認書類の写し（窓口申請の場合、原本も可）
生活保護受給者世帯に該当した場合、生活保護受給者証の写し（窓口申請の場合、原本も可）