

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金変更（中止）承認申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで交付の決定通知のあったみなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金について、以下のとおり申請内容を変更（中止）したいので、申請します。

■ 申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください）

利用者	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	〒	TEL ()
生活保護 受 給	有 ・ 無		該当する方に○印 を付けてください。
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無	
	小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無	

■ 支援事業を中止する場合（該当する項目にチェック☑をしてください）

- 利用者が亡くなったため
- 利用者が入院するため（がんの治療以外は、中止の対象としない）
- 利用者が町外に転出したため
- 利用者が40歳に達するため
- その他 ()