

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

申請日 年 月 日

(宛先) 新座市長

申請者 住所
氏名
(電話番号)

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

2 区分 (変更 ・ 廃止)

(廃止の理由)

3 変更内容
変更箇所のみ御記入ください。受任者を変更する場合、利用者氏名欄も御記入ください。

利用者 (甲)	フリガナ			
	氏名	※本人による署名又は記名押印してください。		
	住所	〒 新座市		
	電話番号	() ※日中つながりやすい番号を記載してください。		
確認欄	公的制度 受給状況	生活保護の受給 ☐ 有 ・ ☐ 無 受給 [開始 ・ 終了] 日 年 月 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			
	生年月日	年 月 日	利用者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号	()		
上記の内容について、承諾しました。				
受任者 (自署)				

※ 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）