

新座市AYA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 **048-477-1111**)

新座市AYA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	<b>ニイザ タロウ</b>		
	氏名	<b>新座 太郎</b>	<b>新座</b>	※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 受給 [ <b>開始</b> ・ 終了 ] 日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(西暦又は和暦) <b>9</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に新座市AYA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	<b>新座 保健</b>		
	生年月日	(西暦又は和暦) <b>6</b> 年 <b>6</b> 月 <b>6</b> 日	利用者との続柄	<b>子</b>
	住所	〒 <b>352-8623</b> <b>新座市野火止1-1-1</b>		
	電話番号	<b>048 (477) 1111</b>		
<p>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。</p> <p>受任者(自署) <b>新座 保健</b></p>				

※ 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)