

(表面)

第4号様式(第9条関係)

### 四日市市若年がん患者在宅療養支援事業補助金変更(廃止)申請書

年 月 日

四日市市長

申請者 住 所  
氏 名(自署)  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

年 月 日付け第 号にて利用決定のあった四日市市若年がん患者に対する在宅療養支援事業補助金について、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)ため、変更(廃止)申請します。

また、支援事業の変更(廃止)利用決定に当たり、四日市市が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

記

#### 1 申請内容に変更が生じた場合(変更があった箇所のみ記載してください)

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者氏名		年 齡	歳		
住 所	〒				
連絡先	※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無	有	・	無	
	生活保護の受給の有無	有	・	無	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有	・	無	
	その他の給付金の有無	有	・	無	

【裏面もご記入ください】

(裏面)

2 補助金を利用する必要がなくなったまたは補助対象者の要件に該当しなくなった場合

(1) 補助対象者氏名

(2) 補助金を利用する必要がなくなったまたは補助対象者の要件に該当しなくなった理由