様式第５号（第９条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書

年　　月　　日

　石垣市長　　　　　　　　様

（申請者又は受任者）

住所 石垣市

氏名

電話番号

　　　年　　月　　日付で承認を受けた、石垣市若年がん患者療養生活支援事業に係る利用について、下記のとおり変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、申請します。

記

１　利用内容に変更が生じた場合

（1）変更内容

（2）事由が生じた日

２　支援事業を利用する必要がなくなった場合

（1）理由

　利用者が入院することになった　　利用者が亡くなった

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）事由が生じた日

３　対象者に該当しなくなった場合

（1）理由

　他の自治体に転居した　　　40歳に到達した

　他の事業等において、同様のサービスを受けられることになった

（上記の内容　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）事由が生じた日