

榛東村若年がん患者在宅療養支援事業利用変更(中止)申請書

令和 年 月 日

榛東村長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(利用者との続柄 \_\_\_\_\_)

令和 年 月 日付けで決定通知のあった榛東村若年がん患者在宅療養支援事業について、次のとおり申請内容に変更が生じた(中止する)ので、申請します。

※ 該当する項目にチェック  をしてください

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	〒   電話番号	
生活保護 の 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	
	小児慢性特定疾患医療費助成	有 ・ 無	

支援事業を中止する場合

- 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)
- 利用者が村外に転出したため
- 利用者が40歳に達するため
- その他 ( \_\_\_\_\_ )