

さいたま市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

申請者 住所

氏名

（利用者との続柄）

（電話番号）

さいたま市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活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申請します。

1 利用者氏名 _____

2 区分（ 変更 ・ 廃止 ）

（廃止の理由）

3 変更内容（変更の場合、変更箇所のみご記入ください。）

| | | | |
|--|--|----------|-------|
| ふりがな | | | |
| 利用者氏名 （甲） | ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | |
| 住所 | 〒 TEL（ ） | | |
| 生活保護 の受給 | 有 ・ 無 | | |
| | <有の場合>受給資格審査のため、さいたま市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません | | |
| 甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙にさいたま市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活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 |
| | 住所〒 TEL（ ） | 利用者との続柄 | |
| 上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）_____ | | | |