

福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業
利用変更（廃止）届

年 月 日

福岡市長 殿

申請者 住所

氏名

(電話番号)

年 月 日付けで提出した福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書について、申請内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

1 廃止

廃止日	年 月 日
-----	-------

※支援事業の利用要件に該当しなくなった日の翌日をご記入ください。

2 変更（変更箇所のみを記載してください。）

利用者 (甲)	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名		(歳)	
	住所		申請者 との続柄	
	TEL ()			
受任者 (乙)	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名			
	住所		利用予定者 との続柄	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()			
委任状	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第 653 条第 1 号の規定に関わらず、乙に福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業にかかる助成金の変更、廃止、請求、受領に関する権限を委任します。			
	(甲) 署名 _____			