

弘前市若年がん患者日常生活支援事業利用変更（廃止）届出書

令和 年 月 日

弘 前 市 長 様

申請者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ ④

（※自署の場合は押印不要）

電話番号 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日付け弘健増収第 号で決定を受けた、弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る助成の利用について、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）ので、弘前市若年がん患者日常生活支援事業実施要綱第8条の規定に基づき下記のとおり届出ます。

1 申請内容に変更が生じた場合（変更事項を記載してください）

--

2 支援事業を利用する必要がなくなった場合

理由について、次のうち該当するものに○を付してください。「② その他」とした場合には詳細を記入してください。

① 利用者が入院することとなったため

② その他（ ）

3 対象者に該当しなくなった場合

理由について、次のうち該当するものに○を付してください。「④ その他」とした場合には詳細を記入してください。

① 市外に転居したため

② 40歳に到達したため

③ 他の事業において、当該事業と同様のサービスが受けられることになったため

（事業名をご記入ください）

④ その他（ ）