

弘前市若年がん患者日常生活支援事業受任者変更届出書

令和 年 月 日

弘 前 市 長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊞

(※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 号で承認を受けた、弘前市若年がん患者日常生活支援事業の利用について、下記のとおり受任者を変更するので、弘前市若年がん患者日常生活支援事業実施要綱第8条第2項の規定により、受任者と連署のうえ、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

支 援 対象者 (甲)	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
	氏 名				
	住 所	〒			
変更開始（予定）日			令和 年 月 日		
変更後の 受任者 (乙)	甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、上記の変更開始（予定）日から、乙に弘前市若年がん患者日常生活支援事業に係る助成金交付申請及び請求の手続きを委任します。				
	フリガナ		支援対象者との続柄		
	氏 名				
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日			
	住 所	〒			
電話番号	— —				
上記委任の件について、承諾しました。 受任者(自署)					

・申請にあたり、受任者について確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）を添付してください。なお、届出内容によっては上記以外の書類の提出を求める場合があります。