

様式第4号（第8条関係）

足利市在宅ターミナルケア支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

（あて先）足利市長

申請者 住所
氏名
（利用者との続柄 ）
電話番号

年 月 日付で申請した足利市在宅ターミナルケア支援事業について、申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので申請します。

記

1 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。）

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	歳
住所	〒 TEL		
助成金請求 代理人	ふりがな	利用者との続柄	
	代理人氏名	生年月日	
	住所	〒	
生活保護 の受給	有・無	有の場合、受給資格審査のため足利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	

2 事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次の中から選んでください。

ア 利用者が亡くなった

イ 利用者が入院することとなった

ウ その他（ ）