様式第５号（第７条関係）

年　　月　　日

嘉手納町長　殿

（申請者又は受任者）

住　　所

氏　　名

電話番号

嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書

　　年　月　日付で承認を受けた、嘉手納町若年がん患者療養生活支援事業に係る助成の利用について、下記のとおり変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付規則第７条の規定により申請します。

１　利用内容に変更が生じた場合

（1）変更内容

（2）事由が生じた日

２　支援事業を利用する必要がなくなった場合

（1）理由

□　利用者が入院することになった　□　利用者が亡くなった

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）事由が生じた日

３　対象者に該当しなくなった場合

（1）理由

□　他の自治体に転居した　　□　40歳に到達した

□　他の事業等において、同様のサービスを受けられることになった

（上記の内容　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）事由が生じた日