

大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業申請内容変更等届

年 月 日

（宛先）大紀町長

（請求者）住所  
氏名（続柄）  
電話番号

若年のがん患者等在宅療養支援事業利用申請について、申請内容に変更等が生じたので、下記のとおり届け出ます。

1 補助対象者 氏名 \_\_\_\_\_

2 変更等の内容 ※該当箇所のみ御記入ください。

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                          |       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|-------|
| 補助対象者<br>(甲)                | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   | 生年月日                     | 年 月 日 |
|                             | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                          |       |
|                             | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 〒 |                          |       |
| 生活保護<br>受給状況                | <div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div> <div>&lt;有の場合&gt; 受給資格審査のため、大紀町が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に</div> <div><input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。</div>                                                                                      |   |                          |       |
| 公的制度等の<br>受給                | 大紀町重度障害児（者）日常生活用具給付事業利用の有無<br><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div> 小児慢性特定疾病日常生活用具給付事業利用の有無<br><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div> その他の補助制度の利用又は保険金、共済金、給付金等の有無<br><div><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</div> |   |                          |       |
| 本事業を利用する必要がなくなった。           |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | <input type="checkbox"/> |       |
| 第 3 条第 1 号又は第 2 号に該当しなくなった。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   | <input type="checkbox"/> |       |

【参考】

第 3 条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- （1）本町に住所を有すること。
- （2）がん患者（一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと医師が判断した者に限る。）であること。
- （3）略