

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所
氏名
電話番号

年 月 日付けで決定通知書のあった川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業について、以下の通り申請内容に変更が生じたので、申請します。

1 変更区分（ 中止 ・ 変更 ）

※変更の場合は2もご記入ください。

2 変更内容（変更箇所のみ記載してください）

申請者 (助成対象者)	ふりがな			
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話)		
公的制度	障害者手帳	有	・	無
受給状況	小児慢性特定疾病医療費助成	有	・	無
申請の際に委任していた受任者を報告していたが、下記のとおり受任者を変更します。 サービス終了後に請求できない場合、民法 653 条第 1 号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
助成金	上記委任の件について、承諾しました。			
代理人	代理人 氏名		利用者との続柄	
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
		電話番号		