

第5号様式（第8条関係）

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 印

（以下の委任を行う場合は要押印）

電話番号

年 月 日付けで利用決定を受け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、次のとお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 受給状況	障害者手帳	有	・	無
	介護保険サービス	有	・	無
	小児慢性特定疾病医療費助成	有	・	無
助成金 代理人	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。			
	上記委任の件について、承諾しました。			
	代理人 氏名	印	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 )		
そ の 他				