

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

令和〇年〇月〇日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所 **川崎市川崎区宮本町1番地**

氏名 **川崎 花子**

（以下の委任を行う場合は要押印）

電話番号 **044-200-3801**

利用決定通知書(第4号様式)の  
右上の日付を記載

令和〇年〇月〇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<br>(助成対象者) | ふりがな  |   |             |             |          |
|                | 氏名  |   |             |             |          |
|                | 住所  | <b>川崎市幸区堀川町580番地</b><br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話 ) |             |             |          |
| 公的制度<br>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<br>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。<br>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。  |   |             |             |          |
|                | 必ず押印してください  |   |             |             |          |
|                | 代理人<br>氏名   | <b>川崎 二郎</b>  | <b>川崎</b> 印 | 利用者との<br>続柄 | <b>弟</b> |
|                | 生年月日  | <b>昭和62年2月2日</b> ( <b>38</b> 歳 )                              |             |             |          |
| 住所             | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話 <b>044-123-4567</b> )  |   |             |             |          |
| その他            |   |   |             |             |          |