

様式第4号（第8条関係）

伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業申請内容変更等届

年 月 日

（宛先） 伊勢市長

住所

申請者 氏名

電話番号

伊勢市若年者のがん患者在宅支援サービス費助成事業の利用申請について、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。

記

- 1 利用者氏名
- 2 変更等の内容（該当箇所のみ御記入ください。）

助成対象者 (甲)	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
生活保護 受給状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<有の場合>受給資格審査のため、伊勢市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
公的制度等 の受給	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	上記以外の他の補助制度の利用 又は 保険金、共済金その他の給付金の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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】

（助成対象者）

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

- (1) 本市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