

吹田市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（中止）届出書

年 月 日

吹田市長 様

利用者	住所 氏名 (電話番号)
受任者	住所 氏名 (電話番号)

吹田市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる利用申請について、下記のとおり申請内容に変更が生じたため、届出します。

記

変更内容について、次のうち該当するものに○を付してください。「キ その他」とした場合には詳細を記入してください。

- ア 利用者が入院・入所した（____年____月____日）
- イ 利用者が死亡した（____年____月____日）
- ウ 40歳に到達した（____年____月____日）
- エ 市内で転居した（____年____月____日）
変更前（____）
変更後（____）
- オ 市外に転出した（____年____月____日）
- カ 他の事業において、支援事業と同様のサービスが受けられることになった
（____年____月____日）
（事業名をご記入ください）（____）
- キ 生活保護の受給を（開始・廃止）した（____年____月____日）
※生活保護の受給を開始した場合は、生活保護受給証明書を添付してください。
- ク その他（____）