

日光市在宅ターミナルケア支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

日光市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

年 月 日付けで申請した、日光市在宅ターミナルケア支援事業について、申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので申請します。

記

1 申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください。）

ふりがな			生年月日	年 月 日	
利用者氏名			年 齢	歳	
住 所	〒 TEL ()				
助成金請求 代理人	代理人氏名		利用者との続柄		生年月日
	住 所	TEL ()			
生活保護の 受給	有 ・ 無 有の場合、受給資格審査のため日光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				

2 事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次の中から選んでください。

- ア 利用者が亡くなった
- イ 利用者が入院することとなった
- ウ その他 ()