

川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業利用変更（辞退）届出書

年 月 日

（あて先）川口市長

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
(電話番号)

川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業利用申請について、下記のとおり届出します。

- 1 利用者氏名
- 2 区分（ 変更 ・ 辞退 ）

（辞退の理由）

- 3 変更内容（変更の場合、変更箇所のみご記入ください。）

ふりがな			
利用者氏名 (甲)			
住所	〒 TEL ()		
生活保護 の受給	有 ・ 無		
	<有の場合>助成金の額を算定するため、生活保護の受給状況について、川口市が確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に川口市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏名	生年月日	年 月 日
	住所〒 TEL ()		利用者との続柄
上記委任の件について、承諾しました。 受任者 _____			