

様式第4号（第8条関係）

志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住所 _____
氏 名 _____
(利用者との続柄： _____)
電話番号 _____

志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付事業の利用について、申請内容に変更（廃止）が生じたので以下のとおり申請します。
なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び補助金の交付に関し必要な関係機関へ照会することに同意します。

- 1 利用者氏名
- 2 区分（ 変更 ・ 廃止 ）
- 3 変更内容（変更箇所のみご記入ください。）

利用者	住 所	志木市
	氏 名	
	電話番号	
その他	生活保護の受給	有 ・ 無

代理人選任届（委任状）

(代理人)	住 所 氏 名 生年月日
私は、民法第653条第1号の規定に関わらず、志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援手続きにつき、上記の者を私の代理人に選任し、その一切の権限を委任したのでお届けします。	
(委任者)	住 所 氏 名 生年月日 電話番号 印