

様式第 8 号 (第 11 条関係)

小児・若年がん患者在宅療養費補助金交付廃止申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	T E L	
	補助対象者との関係	

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

年 月 日付けで申請した湖西市小児・若年がん患者在宅療養費補助金の交付について、交付を受ける必要がなくなったので、申請します。

補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> その他	住 所	
		氏 名	
		生年月日	年 月 日
		T E L	
交付を受ける必要がなくなった理由 <input type="checkbox"/> 補助対象者が入院することとなった <input type="checkbox"/> 補助対象者が亡くなった <input type="checkbox"/> その他 ()			