様式第６号

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（署名又は記名押印）

電話番号

共同申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（署名又は記名押印）

電話番号

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金利用認定中止（廃止）申請書

　　　　年　　月　　日付け浜松市指令　　　第　　　号で通知された、浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金の利用認定について、下記のとおり中止（廃止）申請します。

記

１　事業を中止（廃止）する理由

＜理由＞　次の中から選んで、○印をつけて下さい

　　ア　利用者が入院することとなった（事実発生日　　　　年　　月　　日）

　　イ　利用者が亡くなった（事実発生日　　　　年　　月　　日）

　　ウ　その他（事実発生日　　　　年　　月　　日）

　　　　　　　　理由（※具体的に記載してください）