様式第３号（別表関係）

がん患者医療用補正具購入変更（中止、廃止）承認申請書

年　　月　　日

　久慈市長　様

　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名　　　　　　　 　　　（続柄　　　）

年　　月　　日付け　　　　第　　号で補助金の交付決定の通知があったがん患者医療用補正具の購入について、次のとおり変更（中止、廃止）したいので、補助金交付規則により、関係書類を添えて、承認を申請します。

　理由

備考　添付書類は、変更前と変更後を容易に比較対照できるように記載すること。