

様式4

始良市若年末期がん患者に対する療育支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

始良市長 様

申請者 住 所

氏 名

(電話番号)

年 月 日付けで申請した、始良市末期がん患者に対する療養支援事業について、申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、申請します。

記

1 申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください）

ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
利用者氏名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 TEL ()					
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先等）		
主 治 医	医療機関名			電話番号		
	医師名					
サービス内容	<u>*該当するサービス内容に○印をつけてください</u>					
	■身体介護に関すること					
	1 身体の清潔の保持等の援助			2 その他必要な身体介護		
	■生活援助に関すること					
	1 調理		2 生活必需品の買い物		3 衣類の洗濯、補修	
	4 住居等の清掃、整理整頓			5 その他必要な家事		
■通院等乗降介助に関すること						
1 通院、交通や公共機関の利用等の援助			2 その他 ()			
■訪問入浴介護						
■福祉用具貸与 ()						
■福祉用具購入 ()						
事業者	■身体介護に関すること ()			■生活援助に関すること ()		
	■通院等乗降介助に関すること ()			■訪問入浴介護 ()		
	■福祉用具貸与 ()			■福祉用具購入 ()		

2 事業を利用する必要がなくなった場合の理由を次のなかから○印をつけてください。

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他 ()