

様式第4号（第8条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

小児・若年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

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所
氏 名 ④
電話番号

年 月 日付けで申請した、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業について、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（太枠内及び、変更箇所について記載してください）

| | | | | |
|-----------------------|---|----|------|---------------|
| ふりがな | | | | 年 月 日 (歳) |
| 利用者 氏名 | 生年月日 | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 - - | | | |
| 家 族 構 成 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 備 考（連絡先等） |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 治 医 | 医療機関名 医師名 電話番号 - - | | | |
| サービス 内 容 *追加の場合 | <p>*追加するサービス内容に○印をつけてください</p> <p>■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</p> <p>■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</p> <p>■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 ()</p> <p>■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与 () ■福祉用具購入 ()</p> | | | |
| 利用開始予定日 | 年 月 日 | | | |
| 事業所 | 訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 () | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| サービス 内 容 *中止の場合 | <p>*中止するサービス内容に○印をつけてください</p> <p>■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</p> <p>■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</p> <p>■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 ()</p> <p>■訪問入浴介護 ()</p> <p>■福祉用具貸与 ()</p> <p>■福祉用具購入 ()</p> |
| 事業所 | 訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 () |

2 事業を利用する必要がなくなった場合

<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

イ 利用者が亡くなった

ウ その他 ()