

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

伊豆の国市長 宛

申請者 住 所
氏 名 (印)
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				生年月日	年 月 日 (歳)
利用者氏名					
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 <u>*追加の場合</u>	<p><u>*追加するサービス内容に○印をつけてください</u></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><u>*中止するサービス内容に○印をつけてください</u></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 ()