

様式第4号（第9条関係）

河津町小児・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

河津町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

⑩

年 月 日付け 第 号にて交付決定のあった河津町小児・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）ため申請します。

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
利用者氏名				年 齢	歳
住 所	〒 TEL ()				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先等）	
主 治 医	病院名 医師名	電話番号			
サ ー ビ ス 内 容 追 加 ・ 中 止	<p>該当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 ()