

（表）

長泉町小児・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

長泉町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑨
電話番号

※助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載

年 月 日付けで申請した、長泉町小児・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）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
利用者氏名		年 齢	歳
住 所	〒 電話番号 ()		
主 治 医	病院名 電話番号 医師名		
サービス 内 容 ※追加の場合	※追加するサービス内容に○印をつけてください ■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 ()		
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 ()		

(裏)

サービス 内 容 ※中止の場合	※中止するサービス内容に○印をつけてください ■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 ()