

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

令和 年 月 日

磐田市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

令和 年 月 日付けで申請した、磐田市小児・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					
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 その他必要な身体の介護</p> <p>■生活援助に関すること 1 調理 2 生活必需品の買物 3 衣類の洗濯又は補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 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、公共交通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	令和 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	<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 生活必需品の買物 3 衣類の洗濯又は補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 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、公共交通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>
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 ()