

様式第4号（第9条関係）

吉田町小児・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

吉田町長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

年 月 日付けで申請した吉田町小児・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、下記のとおり申請します。

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	<p>該当するサービス内容に○印を付けてください。</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、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>				
事業所名	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（該当理由に○印を付けてください。）

- 理由 (1) 利用者が入院することとなった。  
 (2) 利用者が亡くなった。  
 (3) その他 ( )