

いちき串木野市若年末期がん療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで申請した、いちき串木野市若年末期がん療養支援事業について、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（変更の箇所のみ記載してください）

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 電話番号 医師名				
認定書類	医師の意見書等に係る費用 【 有 (円) ・ 無 】				
サービス内容	<u>*該当するサービス内容に○印をつけてください</u> 1 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 2 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 3 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 () 4 訪問入浴介護 5 福祉用具貸与 () 6 福祉用具購入 ()				
事業所名	訪問介護 (), 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 ()				

様式第4号（第7条関係）
（裏面）

2 事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次のなかから選んで下さい。

ア 申請者が入院することとなった

イ 申請者が亡くなった

ウ その他（)