

様式第4号（第8条関係）

与論町若年末期がん患者に対する療養支援事業
利用変更（廃止）申請書

年 月 日

与論町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号
利用者との関係 ()

年 月 日付け第 号で利用（変更）決定通知のあった与論町若年末期がん患者に対する療養支援事業について、申請内容を変更したい（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（変更箇所のみ記入してください。）

ふりがな		生年月日			
利用者氏名		年 齢		性 別	
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	医療機関名 医 師 名 電話番号 ()				
サ ー ビ ス 内 容	<p>※希望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) 生活必需品の買い物 (3) 衣類の洗濯及び補修 (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 名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 () 福祉用具購入 ()				
公的制度受給状況	生活保護 (有・無) 障害者手帳 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無)				

2 事業を利用する必要がなくなった場合（該当理由にチェックを入れてください。）

理由
<input type="checkbox"/> 利用者が入院することとなった。 <input type="checkbox"/> 利用者が死亡した。 <input type="checkbox"/> その他 ()