（表面）

様式第４号（第９条関係）

**和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業変更（廃止）申請書**

　　年　　月　　日

　和歌山県知事　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）

（利用者との続柄　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　　　　年　　月　　日付けで申請した、和歌山県若年がん患者在宅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 | 利用者との続柄 | | 生年月日 | 備　考（連絡先等） |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 主治医 | 病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  医師名 | | | | |
| 支援対象  サービス内容 | ＊該当する支援対象サービス内容に○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　その他必要な身体の介護  ■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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ■居宅介護支援 | | | | |

※裏面に続く

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  居宅介護支援（　　　　　　　　　　　　　　） |

２　支援事業を利用する必要がなくなった場合

＜理由＞　次の中から選んでください。

　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）