（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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）