

(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

印

(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	性 別	男 ・ 女
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					
支 援 対 象 サ ー ビ ス 内 容	<u>*該当する支援対象サービス内容に○印をつけてください</u> ■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 ■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 ()					
事 業 所	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 () 福祉用具購入 ()					

※裏面に続く

(裏面)

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 ()