

伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金利用変更（廃止）申請書

年 月 日

伊東市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

年 月 日付けで申請した、伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業について、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（太枠内及び、変更箇所について記載してください）

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				
サービス 内 容 *追加の場合	<p><u>*追加するサービス内容に○印をつけてください</u></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、補修 4 住居等の清掃、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、交通や公共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>				
利用開始予定日	年 月 日				
事業所	訪問介護 ()、訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 ()				

(裏)

サービス 内 容 <u>*中止の場合</u>	<p><u>*中止するサービス内容に○印をつけてください</u></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、補修 4 住居等の清掃、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、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 ()</p> <p>■訪問入浴介護 ()</p> <p>■福祉用具貸与 ()</p> <p>■福祉用具購入 ()</p>
事業所	訪問介護 ()、訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 ()

2 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、○印をつけて下さい

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他 ()