

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	<p>*該当する支援対象サービス内容に○印をつけてください</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> <p>■居宅介護支援</p>			

※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 ()