

三田市若年がん患者の在宅療養支援事業廃止申請書

令和 年 月 日

三田市長 あて

申請者 住 所 三田市

氏 名

(本人との続柄)

(電話番号)

令和 年 月 日付で申請した、三田市若年がん患者の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）ので申請いたします。

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	昭和・平成 年 月 日			
利用者氏名		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 TEL ()					
主 治 医	病院名 電話番号 医師名					
利用開始日	年 月 日					
サービス内容	<u>*該当するサービスに☑、サービス内容の番号に○印をつけて下さい</u> ☐ 訪問介護 (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 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 () ☐ 福祉用具貸与 1 車いす 2 車いす付属品 3 特殊寝台 4 特殊寝台付属品 5 床ずれ防止用具 6 体位変換器 7 手摺 8 スロープ 9 歩行器 10 歩行補助つえ 11 移動用リフト 12 自動排泄処理装置 13 その他 ()					
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無)					

2 変更が生じた理由

＜理由＞次の中から選んでください。

ア 利用者が亡くなった

イ 利用者が入院することになった

ウ その他 ()