様式４

**三田市若年者在宅ターミナルケア支援事業廃止申請書**

　　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、三田市若年者在宅ターミナルケア支援事業について、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 | ＊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□　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　申請者が亡くなった

　　イ　申請者が入院することになった

　　ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）