第４号様式（第７条関係）
（表面）

鹿屋市若年がん在宅ターミナルケア支援助成事業利用変更（廃止）申請書

年　　月　　日

鹿屋市長　　様

申請者　住　所
氏　名
（電話番号　　）

年　　月　　日付けで申請した、鹿屋市若年がん在宅ターミナルケア支援助成事業について、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

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>年　　齢</td><td>歳</td><td>性　　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="6">申請内容に変更が生じた場合（変更箇所のみ記載してください。）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家族構成</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="5">病院名
電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="5">＊該当するサービス内容に○印をつけてください。
■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　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</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="5">訪問介護（　　）、訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
</table>

（裏面）

２　事業を利用する必要がなくなった場合

＜理由＞　次の中から選んで下さい。

（１）利用者が入院することとなった

（２）利用者が亡くなった

（３）その他（　　）