様式第４号（第７条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（廃止）申請書

　　　年　　月　　日

　山陽小野田市長　宛

申請者　住所

　　　　　　　　氏名

（助成対象者との続柄　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付で申請した、若年がん患者在宅療養支援事業助成について、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。

なお、申請内容について、山陽小野田市が保有する個人情報を閲覧し、及び医療機関等へ問い合わせることに同意します。

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 | | | | | |
| 助成対象者  氏　名 |  | | | |
| 年齢 | | 歳 | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | 続柄 | | | 生年月日 | | | | 備考(連絡先等) | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | | |
| 主治医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  医師名 | | | | | | | | | | | | | |
| サービス | **該当するサービス内容に○印をつけてください**  １　訪問介護  　（１）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  　（２）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  　（３）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（　　　　　　　　）  ２　訪問入浴介護  ３　福祉用具貸与  　（１）車いす　（２）特殊寝台　（３）その他（　　　　　　　　 　）  ４　福祉用具購入  　（１）車いす （２）特殊寝台　（３）その他（ 　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金請求  代理人 | 代理人  氏　名 |  | | 助成対象者  との続柄 | | | |  | | | 生年  月日 | |  | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |