

様式第4号（第7条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付け第 号で利用決定のあった藤岡市若年がん患者在宅療養支援事業について、次のとおり申請内容に変更が生じた（中止する）ので、申請します。

申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載、チェックしてください。）

利用者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	〒 電話番号 ()
公的支援制度 受給状況	該当する方に○印を付けてください。()には受給しているサービスを記入してください。 無 ・ 有 ()	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入		
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具		
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等		

支援事業を中止する場合（該当する項目にチェックをしてください。）

- 利用者が亡くなったため。
- 利用者が入院するため（がんの治療以外は、中止の対象としない。）。
- 利用者が市外に転出したため。
- 利用者が40歳に達するため。
- その他 ()