

大洲市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

大洲市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(電話番号)

年 月 日付けで決定通知のあった大洲市若年がん患者在宅療養支援事業について、以下のとおり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。

□ 申請内容に変更が生じた場合（太枠内及び変更の箇所のみ記載してください）

利用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	⑩	年 齡	歳
住 所	〒			
	TEL ()			
サ-ビス 内 容	変更後に利用するサービスにチェック☑をしてください。			
	<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"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <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			
生活保護の 受 給	有 ・ 無			該当する方に○印を 付けてください。
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無		
	小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無		

□ 支援事業を利用する必要がなくなった場合（該当する項目にチェック☑をしてください）

- 利用者が入院するため
- 利用者が市（町）外に転出したため
- その他（)