

井手町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更届

年 月 日

井手町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付けで承諾を受けた、井手町若年がん患者在宅療養支援事業に係る利用について、下記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、井手町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第8条の規定に基づき申請します。

記

- 1 対象者氏名
生年月日
- 2 変更内容 （☐にチェック☒し、変更事項のみ記載してください）

□ 対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			
生活保護の受給（○をつけてください） 有 ・ 無				

□ 受任者	ふりがな			
	住 所			
	氏 名	〒		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	対象者との関係 父・母・配偶者・その他（ ）			
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）				

☐ サービスの内容	次のうち該当するものに○を付けてください 1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること (2) 生活援助に関すること (3) 通院等乗降介助に関すること 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 4 福祉用具購入
☐ 事業所	次のうち該当するものに○を付けてください 1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 福祉用具貸与 () 4 福祉用具購入 ()

3 支援事業を利用する必要がなくなった場合

(理由) 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他 ()

4 対象者に該当しなくなった場合

(理由) 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 市外に転出した

イ 他の事業において、支援事業と同様のサービスを受けることになった

ウ その他 ()