

松野町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

松野町長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで決定通知のあった松野町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		年 齡	歳
	住 所	〒		
		TEL ()		
サ ー 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。			
	☐ 訪問介護			
	☐ 身体介護 ☐ 生活援助 ☐ 通院等乗降介助			
	☐ 訪問入浴介護			
	☐ 福祉用具貸与			
	☐ 手すり（工事を伴わないもの） ☐ 車いす ☐ 特殊寝台 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 歩行器 ☐ 移動用リフト（つり具を除く。） ☐ スロープ（工事を伴わないもの） ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 体位変換器 ☐ 歩行補助つえ ☐ 自動排泄処理装置			
生 活 保 護 の 受 給	☐ 福祉用具購入			該当する方に○印を 付けてください。
	☐ 腰掛便座 ☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ 移動用リフトのつり具の部分			
生活保護の 受 給	有 ・ 無			
公的制度 受給状況	障害者手帳 小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無 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（)