

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用変更（中止）届出書

年 月 日

(宛先)所沢市長

(申請者)住 所
氏 名
(利用者との続柄)
電話番号

年 月 日付け第 号で利用決定のあった所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業について、申請内容に変更（中止）が生じたので、所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第9条の規定により次のとおり届出します。

- 利用者氏名
- 区分 変更・中止（理由：_____）
- 変更内容 変更のある箇所にチェックを入れ、変更内容のみ記入してください。

利 用 者	フリガナ			生 年 月 日	年齢	
	氏 名	申請者と同じ		年 月 日		
	住 所	申請者と同じ 〒 -	電話番号	申請者と同じ		
主 治 医	医療機関名			所在地		
	医師名			電話番号		
利用開始(予定)日	年 月 日					
サ-ビス内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 事業所名 []	<input type="checkbox"/> 食事、排泄、入浴等に関する身体介護 <input type="checkbox"/> 掃除、洗濯、買い物、調理等に関する生活の支援 <input type="checkbox"/> 通院時の乗車・降車等介助				
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 事業所名 []					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 事業所名 []	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いすの付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台の付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 徘徊感知機器				
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入 事業所名 []	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分				
公的制度受給状況	生活保護	有・無	障害者手帳	有・無	小児慢性特定疾病 医療費助成	有・無