

申請者（＝助成金の振込先名義人）が利用者本人以外の場合

様式第4号（第9条関係）

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

令和7年3月10日

利用申請時と同一人による申請をお願いします。

利用決定通知書の右上に記載の日付・番号となります。

(申請者) 住所 **所沢市並木1-1-1**
 氏名 **所沢 花子**
 (利用者との続柄 **妻**)
 電話番号 **080-1111-2222**

令和7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 **所沢 太郎**
- 区分 変更・中止（理由：サービス追加のため）
- 変更内容 ※変更のある箇所の□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					日	
	住所	<div style="border: 2px solid yellow; border-radius: 15px; padding: 10px;"> 利用申請時から変更内容があった場合のみ、ご記入ください。 【変更内容】 利用者の住所、主治医、サービス（内容の追加・中止等）など </div>					
□主治医	医師名		電話番号				
□利用開始（予定）日	年	月	日				
□サービス内容	□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				
	□訪問入浴介護事業所名	[]					
	□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 checked="" type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入事業所名	[トコろん福祉用具]	<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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	小児慢性特定疾病医療費助成	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	