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

　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。

１　利用者氏名

２　区分 □変更 ・ □中止（理由： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　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 | □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 | | | | | | | | |
| □サービス内容 | | ☐ 訪問介護  事業所名 | | | ☐ 食事、排泄、入浴等に関する身体介護  ☐ 掃除、洗濯、買い物、調理等に関する生活の支援  ☐ 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 | | | ☐ 車いす　　　　　　☐ 車いすの付属品　☐ 特殊寝台  ☐ 特殊寝台の付属品　☐ 床ずれ防止用具　☐ 体位変換器  ☐ 手すり　　　　　　☐ スロープ　　　　☐ 歩行器  ☐ 歩行補助つえ　　　☐ 移動用リフト（つり具部分除く）  ☐ 自動排泄処理装置　☐ 徘徊感知機器 | | | | | |
| ☐ 特定福祉用具の購入  事業所名 | | | ☐ 腰掛便座　　　　　☐ 自動排泄処理装置の交換可能部分  ☐ 排泄予測支援機器　☐ 入浴補助用具  ☐ 簡易浴槽　　　　　☐ 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 | |