様式第５号（第８条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

高松市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）申請書

月　　日付けで決定のあった、高松市若年がん患者在宅療養支援事業について、次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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | □　対象者と同じ　　□　下記、代理人 |
| 代理人 | 住　所 |  |
| フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 連絡先℡ |  |

□　申請内容に変更が生じた場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 〒高松市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　歳） | 連絡先℡ |  |
| サービス内容 | 変更後に利用するサービスに☑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 |
|  | □ 車いす□ 車いす付属品□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品□ 床ずれ防止用具□ 体位変換器 | □ 手すり（工事を伴わないもの）□ スロープ（工事を伴わないもの）□ 歩行器□ 歩行補助つえ□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）□ 自動排泄処理装置 |
| 生活保護の受給（該当する方に☑をしてください。） | □ 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☑をしてください）

□ 利用者が亡くなったため

□ 利用者が入院するため（がんの治療以外は、中止の対象としない）

□ 利用者が市外に転出したため

□ 利用者が４０歳に達するため

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）