様式第４号（第９条関係）

若年者の在宅ターミナルケア支援事業変更（廃止）申請書

年　　月　　日

たつの市長　　様

申請者　住　所

氏　名

電話番号　　（　　）

年　　月　　日付け　　第　　号で利用の決定を受けた若年者の在宅ターミナルケア支援事業については、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、たつの市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第８条の規定により申請します。

記

１　申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください。）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">家族構成</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="4">医療機関名
電話番号　　（　　）
医師名</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="4">＊該当するサービス内容に○印をつけてください。
■身体介護に関すること。
１　身体の清潔の保持等の援助　　２　その他必要な身体の介護
■生活援助に関すること。
１　調理　　２　生活必需品の買い物　　３　衣類の洗濯、補修
４　住居等の清掃、整理整頓　　５　その他必要な家事
■通院等乗降介助に関すること。
１　通院、交通や公共機関の利用等の援助　２　その他（　　）
■福祉用具の貸与に関すること。
（用具名　　）</td></tr>
<tr><td>そ　の　他</td><td colspan="4">生活保護の受給　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

２　事業を利用する必要がなくなった場合

［理由］　次の中から選んでください。

ア　利用者が入院することとなった。

イ　その他（　　）