第５号様式（第６条関係）

南さつま市若年末期がん患者療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年　　月　　日

南さつま市長　　　　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付けで決定を受けた南さつま市若年末期がん患者療養支援事業について、下記のとおり変更の申請をします。

記

　１　変更の理由

　２　変更申請の内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな) | | | | (生年月日)　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| (利用者氏名) | | | | (年齢) 歳 | | |
| (住　　所)〒　　　-　　　　南さつま市  (居 住 地)〒　　　- | | | | | | |
| サービス内容 | 区　分 | | 利用開始(購入)日 | | 具体的なサービス内容 | サービス提供事業所 |
| 身体介護 | | 年 月 日 | |  |  |
| 生活援助 | | 年 月 日 | |  |  |
| 通院等乗降介助 | | 年 月 日 | |  |  |
| 訪問入浴介護 | | 年 月 日 | |  |  |
| 福祉用具貸与 | | 年 月 日 | |  |  |
| 福祉用具購入 | | 年 月 日 | |  |  |
| 公的制度の  受給状況 | | 障害者手帳 　有 ・ 無　 　　　　　（　 　種　　級） | | | | |
| 小児慢性特定疾患医療受診券　　有 ・ 無 | | | | |
|  | | | | |
| （上記以外の変更の内容） | | | | | | |

サービス内容等に変更がある場合は、週間サービス利用計画表を添付してください。