第５号様式（第６条関係）

南さつま市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用変更（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者在宅ターミナルケア支援事業について、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。