

(表面)

様式第4号

西宮市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

西宮市長 様

申請者 住所
氏名
(電話番号)

令和 年 月 日付けで申請した、西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業について、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。

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)

ふりがな				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年 齢	歳
住 所	〒 TEL ()				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)	
主 治 医	病院名			電話番号	
	医師名				
サービス内容	<p>*該当するサービス内容に○印をつけてください</p> <p>■身体介護に関すること (訪問入浴介助を含む)</p> <p>1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯</p> <p>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 ()</p> <p>■相談・助言その他の日常生活上の世話に必要なものに関すること</p> <p>1 生活、介護等に関する相談、助言 2 福祉用具貸与</p> <p>3 その他 ()</p>				
そ の 他	生活保護の受給 (有・無)				

(裏面あり)

2 事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次のなかから選んで下さい。

ア 申請者が亡くなった

イ 申請者が入院することとなった

ウ その他 ()