

第3号様式（第8条関係）

沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活変更（中止）申請書

年 月 日

（宛先）沼津市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付けで申請した、沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活費助成金について、申請内容に変更が生じた（利用しなくなった）ので、申請します。

ふりがな		生年月日 年齢	年 月 日（ 歳）
対象者氏名			
住 所	〒 電話		
申請の種類 (いずれかに○)	サービスの 追加 ・ 中止		
サービス 内 容	追加（中止）するサービスに○をつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体介護に関すること <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他（ ） ・ 訪問入浴介護 ・ 福祉用具貸与（ ） ・ 福祉用具購入（ ） 		
利用事業所	訪問介護 （ ） 訪問入浴介護 （ ） 福祉用具貸与・購入（ ）		
利用開始予定日 (追加の場合記入)	年 月 日		
中止の理由 (中止の場合記入)	1 対象者が入院することとなった 2 対象者が亡くなった 3 その他（ ）		