

長島町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

長島町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊞

年 月 日付けで申請した、長島町若年者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 等	〒 電話番号				
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				
利用開始予定日	年 月 日				
サービス内容	＊該当するサービス内容に○印をつけてください。 ■訪問介護 ・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（ ） ■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与（ ） ■福祉用具購入（ ）				
事業所名	訪問介護（ ） 訪問入浴介護（ ） 福祉用具貸与・購入（ ）				

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 利用者が長島町外に転出した イ 利用者の年齢が40歳に到達した
ウ 利用者が亡くなった エ その他（ ）