様式第４号

（表）

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（署名又は記名押印）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

共同申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（署名又は記名押印）

（電話番号　　　　　　　　　　　）

（続柄　　　　　　　　　　　　　）

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金利用認定変更申請書

　　　　年　　月　　日付け浜松市指令　　　第　　　号で通知された、浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金の利用認定について、下記のとおり変更申請します。

記

１　申請内容に変更が生じた場合（太枠内及び、変更箇所について記載してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ＊追加の場合 | ＊追加するサービス内容に○印をつけてください  ■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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用開始予定日 | 利用開始予定日　　　　年　　月　　日 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス  内　　容  ＊一部中止の場合 | ＊中止するサービス内容に○印をつけてください  ■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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用一部中止予定日 | 利用一部中止予定日　　　　年　　月　　日 |

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 続柄 |  |  |

２　共同申請者に変更が生じた場合