（表面）

様式４

太子町若年者の在宅ターミナルケア支援事業変更（廃止）申請書

令和　　年　　月　　日

太　子　町　長　様

申請者　住　所

氏　名

（電話番号　　）

（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　）

令和　　年　　月　　日付けで申請した、太子町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）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>年　齢</td><td>歳</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒

TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家族構成</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="5">病院名
電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="5">＊該当するサービス内容に〇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（　　）
■相談・助言その他の日常生活上の世話に必要となるものに関すること
１　生活、介護等に関する相談、助言　　２　福祉用具貸与
３　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>そ　の　他</td><td colspan="5">生活保護の受給　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

（裏面）

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（　　）