

(表面)

様式第4号(第8条関係)

木曾岬町若年がん患者に対する在宅療養支援補助金変更(廃止)申請書

年 月 日

木曾岬町長 様

申請者 住 所
氏 名(自署)
(利用者との続柄)
(電話番号)

年 月 日付け第 号にて利用決定のあった木曾岬町若年がん患者に対する在宅療養支援補助金について、下記のとおり申請内容に変更が生じた(利用する必要がなくなった)ため、変更(廃止)申請します。

記

1 申請内容に変更が生じた場合(変更があった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 齡	歳		
住 所	〒				
連絡先	※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始予定日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無	有 ・ 無			
	生活保護の受給の有無	有 ・ 無			
	<生活保護の受給が有の場合> 受給資格審査のため、木曾岬町が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に同意しますか。	同意する ・ 同意しない			
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有 ・ 無			
その他の給付金の有無	有 ・ 無				

【裏面もご記入ください】

(裏面)

利用するサービス内容

区分	サービス内容
在宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護
福祉用具貸与	1. 車いす 2. 車いす付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 5. 床ずれ防止用具 6. 体位変換器 7. 手すり（工事を伴わないもの） 8. スロープ（工事を伴わないもの） 9. 歩行器 10. 歩行補助つえ 11. 移動用リフト（つり具の部分を除く） 12. 自動排泄処理装置 13. その他町長が必要と認めるもの
福祉用具購入	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. その他町長が必要と認めるもの

2 補助金を利用する必要がなくなったまたは補助対象者の要件に該当しなくなった場合

(1) 補助対象者氏名

(2) 補助金を利用する必要がなくなったまたは補助対象者の要件に該当しなくなった理由