

令和6年度山形県若者がん患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

山形県知事 吉村 美栄子 殿

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

令和 年 月 日付けで申請した令和6年度山形県若者がん患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、下記のとおり申請します。

記

1 申請内容に変更が生じた場合（変更箇所のみ記載してください。）

ふりがな				生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用者氏名					
住 所	〒 電話番号 ( )				
上記以外 の連絡先	氏名	続柄	同居の有無	連絡先（日中連絡がとれるもの）	
主治医	病院名 医師名	電話番号 ( )			
利用開始予定日	令和 年 月 日				
助成対象 サービスの内容	<p>※利用するサービスの□に✓を記入してください。</p> <p>■訪問介護</p> <p>■身体介護に関すること</p> <p>□身体の清潔の保持等の援助      □その他必要な身体の介護</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>□調理      □生活必需品の買い物      □衣類の洗濯、補修</p> <p>□住居等の清掃、整理整頓      □その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>□通院、交通や公共機関の利用等の援助      □その他 ( )</p> <p>□訪問入浴介護</p> <p>□福祉用具貸与 ( )</p> <p>□福祉用具購入 ( )</p>				

サービス提供 事業者名	訪問介護（	）
	訪問入浴介護（	）
	福祉用具貸与（	）
	福祉用具購入（	）

## 2 支援事業を利用する必要がなくなった場合

次の中から理由を選択してください。

サービス利用者が入院することとなったため。

サービス利用者が亡くなったため。

その他（

### (注意事項)

・変更承認については、山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課から文書で通知します。

### (申請)

・申請方法：持参又は郵送

・提出先：〒990-8570 山形市松波二丁目8-1

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当

・受付時間：平日8時30分～17時15分

### (問合せ先)

・山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当 TEL：023-630-2919