様式第３号（第９条関係）

令和７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７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　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）　　　医師名 |
| 利用開始予定日 | 令和　年　　月　　日 |
| 助成対象サービスの内容 | ※利用するサービスの□に✓を記入してください。■訪問介護　■身体介護に関すること　　□身体の清潔の保持等の援助　　□その他必要な身体の介護　■生活援助に関すること　　□調理　　□生活必需品の買い物　　□衣類の洗濯、補修　　□住居等の清掃、整理整頓　　□その他必要な家事　■通院等乗降介助に関すること　　□通院、交通や公共機関の利用等の援助　　□その他（　　　　）□訪問入浴介護□福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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