

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	
利用者氏名			(歳)	
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	※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