

桐生市若年がん患者在宅療養費助成金変更（中止）承認申請書

年 月 日

（宛先）桐生市長

申請者 住所
氏名
（電話番号）

年 月 日付け（桐健発第 号）で決定通知のあった若年がん患者在宅療養費助成金について、以下のとおり申請内容に変更が生じました（利用する必要がなくなった）ので、申請します。

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）

利用者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒	TEL	()
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無	該当する方に○印を付けてください。	
	小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無		

【変更予定サービス一覧】

<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）
<input type="checkbox"/> 車いす、車いす付属品 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 特殊寝台、特殊寝台付属品
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品
<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具

利用を中止する場合