

様式第4（第7条関係）

支援事業変更（廃止）申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住 所

氏 名

印

（電話番号

）

下記のとおり、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、申請します。

記

1 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。）

ふりがな 対象者氏名	生年月日		年 月 日	
	年 齢		歳	
住 所	鹿児島市		電話番号	
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先等）
主 治 医	病院名			
	医師名		（電話番号）	
利用開始予定日	年 月 日			
サービス内容 （該当するサービス内容に ○印をつけて ください。）	<input type="checkbox"/> 身体介護に関すること ①身体の清潔の保持等の援助 ②その他必要な身体介護			
	<input type="checkbox"/> 生活援助に関すること ①調理 ②生活必需品の買い物 ③衣類の洗濯、補修 ④住居等の清掃、整理整頓 ⑤その他必要な家事			
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助に関すること ①通院、交通や公共機関の利用等の援助 ②その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ）			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入（ ）			
	<input type="checkbox"/> 住宅改修費（ ）			
<input type="checkbox"/> 申請に係る経費				
<input type="checkbox"/> 交通費（ ）				
事業所名				

そ の 他	生活保護の受給（有・無）、障害者手帳（有・無）、 小児慢性特定疾病医療費助成（有・無）
-------	--

2 事業を利用する必要がなくなった場合

（理由）次のなかから選んでください。

- (1) 対象者が入院することとなった
- (2) 対象者が死亡した
- (3) その他（ ）