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

（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。） | □身体介護に関すること  ①身体の清潔の保持等の援助　②その他必要な身体の介護  □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  □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（　　　　　　）  □訪問入浴介護  □福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □住宅改修費（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □申請に係る経費  □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）