

令和8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8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（廃止）が生じたので、下記のとおり申請します。

1 利用者氏名 _____

2 区分 変更 ・ 廃止（廃止の理由： _____）

3 変更内容

※申請内容に変更が生じた箇所のみ、変更後の内容を記入してください。

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 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 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 ■訪問介護 ■身体介護に関すること <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な身体介護 ■生活援助に関すること <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> その他必要な家事 ■通院等乗降介助に関すること <input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の利用等の援助 <input type="checkbox"/> 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 ()
サービス提供者名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 () 福祉用具購入 ()

(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