

(表面)

別紙様式4 (第7条関係)

高砂市若年者の在宅ターミナルケア支援事業変更(廃止)申請書

年 月 日

高砂市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)
(メールアドレス)

年 月 日付けで申請した、高砂市若年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、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。)

Form with fields for personal information, address, family structure, medical details, and service content. Includes a table for 'サービス内容' with checkboxes for various support services like home care, transportation, and housing.

(裏面)

**2 事業を利用する必要がなくなった場合**

<理由> 次の中から選んでください。

ア 申請者が亡くなった。

イ 申請者が入院することとなった。

ウ その他 ( )