様式第６号（第９条関係）

小児・若年がん患者在宅療養費補助対象事業計画変更承認申請書

年　　月　　日

（宛先）湖西市長

申請者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	Ｔ　Ｅ　Ｌ	
	補助対象者との関係	

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

年　　月　　日付けで申請した湖西市小児・若年がん患者在宅療養費補助金の交付について、補助対象事業の内容に変更が生じたので、申請します。

<table>
<tr><td colspan="4">支援対象事業の変更予定日：</td></tr>
<tr><td rowspan="5">補助対象者</td><td colspan="3">□申請者本人</td></tr>
<tr><td rowspan="4">□その他</td><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>Ｔ　Ｅ　Ｌ</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">主治医</td><td colspan="2">医療機関名
医師名　　TEL</td></tr>
<tr><td rowspan="3">変更後の支援対象事業</td><td colspan="3">訪問介護に関すること
□身体の清潔の保持等の援助　□調理　□買い物　□洗濯
□住居等の清掃及び整理整頓　□通院、交通や公共機関の利用等の援助
□その他（　　）
その他
□訪問入浴介護　□福祉用具貸与（　　）
□福祉用具購入（　　）</td></tr>
<tr><td>事業者名</td><td colspan="2">訪問介護（　　）　訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
</table>