様式第５号（第７条関係）

難病患者等介護家族リフレッシュ事業変更（廃止）承認申請書

年　月　日

（宛先）静岡市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

年　月　日付け　　　第　　　号により利用の決定を受けた難病患者等介護家族リフレッシュ事業の利用の変更（廃止）について、承認を受けたいので、静岡市難病患者等介護家族リフレッシュ事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者住所 |  | | | | | |
| 対象者氏名 |  | | 生年月日 | | 年　月　日生 | |
| 承認申請区分  (該当に○) | １　変更　　　　　　　　　　２　廃止 | | | | | |
| 変更（廃止）年月日 | 年　　月　　日 | | | | | |
| 変更（廃止）の理由 |  | | | | | |
| 変更の内容 | | | | | | |
| 項目 | 変更前 | | | 変更後 | | |
| 住所等 |  | | |  | | |
| 利用期間 | 年　月　日～　年　月　日 | | | 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 利用計画 | 利用時間 | 利用回数 | | 利用時間 | | 利用回数 |
| ２時間 | 回 | | ２時間 | | 回 |
| ３時間 | 回 | | ３時間 | | 回 |
| ４時間 | 回 | | ４時間 | | 回 |
| ５時間 | 回 | | ５時間 | | 回 |
| ６時間 | 回 | | ６時間 | | 回 |
| 利用を希望する  訪問看護事業者の  名称・所在地 |  | | |  | | |