

認知症高齢者等家族支援事業利用廃止申出書

令和3年 6月10日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所 ふじみ野市福岡1-1-1

氏 名 ふじみ野 一郎

対象者との続柄 子

認知症高齢者等家族支援事業について、下記のとおり廃止を申し出ます。

記

廃止するサービスにチェックを入れてください。

取り消しするサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 位置検索	<input checked="" type="checkbox"/> ステッカー交付
対象者氏名	ふじみ野 花子	
対象者住所	ふじみ野市福岡1-1-1	
対象者電話番号	261-2611	
廃止理由	施設に入所するため	
備考	令和3年6月10日入所	

「廃止理由」となった日を記入してください。
提出時期により、翌月まで利用料がかかる場合がありますので、廃止が決まりましたら早期のご提出をお願いします。

例)現在入院中のため
例)家族と同居できるため、不要 など
廃止する理由を記入してください。