小離島地区高齢者自立支援事業利用変更（中止）申請書

年　　月　　日

（宛先）五島市長

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

電話番号

次の理由により、小離島地区高齢者自立支援事業の利用を変更（中　止）し　た　い　ので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 変　更・中　止　の　別 | □　変更　　□　中止 |
| 利用している事業の種類 | □　小離島高齢者通所事業　□　小離島高齢者配食事業 |
| 変更内容 |  |
| 変更（中止）理由 |  |
| 変　更（中　止）年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| ケアプラン・介護予防プランの有無 | 有・無 | 作成者 |  | 事業所 |  |
| 備考 |  |