

認知症高齢者等家族支援サービス事業利用異動届出書

届け出の日付を記入
ください。

〇〇年〇〇月〇〇日

長浜市長

この届出を提出される方
(ご家族様等)の情報を記
入ください。

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
氏名 **長浜 一郎**
対象者との続柄 **子**
電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

申請時に利用者として登録
された方(ご家族様等)の
情報を記入ください。

支援サービス事業の利用について、下記のとおり届け出ます。

記

利用者	氏名	長浜 一郎	対象者との 続柄	子
	住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		
	電話	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		
対象者	氏名	長浜 太郎	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
	電話	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		
届出事由	1 転居したため。 (旧住所) (新住所) 2 第2条に規定する対象者又は利用者でなくなったため。 3 サービスを受ける必要がなくなったため。 (理由 施設に入所したため)			
届出事由の 生じた年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			

見守り対象の方の
情報を記入くださ
い。

取消の理由に該当する
番号に〇をつけ、必要
事項を記入してくださ
い。