

下松市「食」の自立支援サービス利用変更申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

下松市社会福祉協議会長 様

申請者 氏名.....[㊦]

続柄 (.....)

連絡先 TEL (.....) -

下松市「食」の自立支援サービスを利用したいので、下松市「食」の自立支援要綱の第7条に基づき変更申請します。

台帳番号		ふりがな 利用者氏名	
担当事業所		担 当 者	
変 更 内 容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者が死亡した。 2. 利用者の氏名及び住所等に変更があった。 3. 利用者が入院、施設入所等により在宅生活ではなくなった。 4. 利用対象者に該当しなくなった。 (単身世帯でなくなった・買物、調理が可能になった等) 5. 利用を休止・終了する。(休止か終了、どちらかに○をお願いします) 6. 介護保険認定及び介護保険認定期間に変更が生じた。 7. 現行の配食サービスの利用回数等を変更する。 8. 現行の配食サービス事業所を変更する。 9. その他の申請内容に変更が生じた。 <p>(○をつけてください)</p>		
変 更 日	令和 年 月 日		
変 更 内 容 (詳 細)	※詳細を記載ください。		