

近江八幡市高齢者生活支援サービス利用者資格変更届

***年**月**日

近江八幡市長 宛

申請者 住所 近江八幡市**町***

氏名 八幡 太郎 (利用者との続柄 子)

電話 090-****-****

次のとおり、近江八幡市高齢者生活支援サービスの利用者資格等に変更が生じたので、届出ます。

利用者	住所	近江八幡市**町***		
	氏名	八幡 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	生年月日	***年 **月 **日		
	利用サービス	配食サービス		

1 変更事項		
(1) 転居	旧住所	
	新住所	
(2) 死亡		
(3) 転出		
(4) サービス利用対象者に該当しなくなったため		
理由	<input checked="" type="radio"/> ア 長期入院(1月以上)	
	<input type="radio"/> イ 介護保険施設への入所	
	<input type="radio"/> ウ その他()	
(5) サービスの利用を中止したため		
(6) 申請の内容に変更が生じたため		
利用する事業所、曜日、食事内容を変更する場合はここに内容を記入してください。		
2 事実の生じた年月日	***年**月**日	

いずれか当てはまる項目の数字に○

注) 1 変更事項の該当するところに○をつけ、転居の場合は旧住所・新住所を記入してください。

2 いずれの場合も事実の生じた年月日を記入

いずれかの事項が発生した日をご記入ください。

例) 入院・入所→入院・入所開始日
転居→新住所に移った日