

様式第3(第9条関係)

高齢者給食サービス利用廃止届

安 城 市 長

○太枠の中のみ記入し、該当する□にチェックしてください

		申請日	年	月	日
利 用 者	住所 安城市				
	(アパート名等)				
	電話				
	ふりがな 氏名	☐ 男 ☐ 女	年	月	日生 (満 歳)
廃止の 年月日	年 月 日				
給食業者名					
廃止の理由					

※ 該当の□にチェックしてください。

提出者	☐ 居宅介護支援事業所名	担当者名
	電話	
	☐ 地域包括支援センター	担当者名
	電話	
	☐ 給食事業者名	担当者名
	電話	
	☐ 本人又は親族	氏名
	利用者との関係	電話