

「食」の自立支援事業利用中止・再開・廃止届出書

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者 住所

(本人又は介護者)

氏名

下記のとおり「食」の自立支援事業の利用を【中止・再開・廃止】しますので届け出ます。

記

利用者氏名			
利用者住所	松江市		
生年月日	M	T	S 年 月 日
配食業者	橋北 ・宅配クック1.2.3 ・モルツウエル(株)	橋南	・宅配クック1.2.3 ・(有)アゴ弁 ・モルツウエル(株)

内 容

変更日	令和 年 月 日から	
↓該当に○してください。(“中止”は一時的な入院など再開する可能性がある場合になります)		
	中止	(理由) 再開日が決まっている場合 (月 日から再開)
	再開	(理由)
	廃止	(理由)

※中止をした翌月から3か月以上継続して利用がない場合には、自動的にサービスの廃止となりますので、予めご了承ください。

居宅支援事業所名又は包括支援センター ()

ケアマネジャー名又は担当者名 () 電話 ()