

資格喪失・辞退届出書

年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者	住所
(本人又は介護者)	氏名
	利用者との続柄
電話	—

下記のとおり、資格喪失・辞退の届出書を提出します。

記

1. 事業名 (該当するものに○をつけてください。)

- ・移送タクシー事業
- ・訪問理美容サービス
- ・安心ライフ援助
- ・家族介護用品支給

2. 利用者

住所	松江市	生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名		電話番号	

3. 理由 (該当するものに○をつけてください。)

- ・利用者が医療機関、社会福祉施設等に入院、入所したため
- ・利用者が死亡又は転出したため
- ・その他の理由でサービスを受ける必要がなくなったため

(具体的に記入してください。)