

様式第3(第8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		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	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名  電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター  電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 給食事業者名  電話	担当者名
	<input type="checkbox"/> 本人又は親族  利用者との関係 電話	氏名