

認知症対応型老人共同生活援助事業廃止（休止）届

平成 年 月 日

（あて先）仙 台 市 長

住所

氏名

印

認知症対応型老人共同生活援助事業の 廃止 ・ 休止 について，下記のとおり
届け出ます。

記

廃止又は休止する 予定の住居の名称	
廃止予定年月日 又は休止予定期間	
廃止又は休止の理由	
利用中の方に 対しての措置	