

様式 1 1

食の自立支援サービス (廃止 ・ 変更) 届出書

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 仙台市長

食の自立支援サービスの利用について、次のとおり (廃止 ・ 変更) します。

記

●ID 番号	●は記入不要です。												
ふりがな 申請者氏名	せん だい た ろう 仙 台 太 郎				住 所	青葉区国分町 3 - 7 - 1					電 話 番 号	Tel (〇〇〇) 〇〇〇〇	
現在の 利用状況	配食業者名	〇〇配食サービス			昼食	月	火	水	木	金	土	日	
	利用回数	週 4 回			夕食	○		○		○	○		
■ 廃止	年月日	〇〇年〇〇月〇〇日											
	理由	■ 市・区外転出 □ 施設入所 □ その他 (理由:)											
□ 変 更	□住 所 (区内転居)	区				転居日	年 月 日						
	□電話番号	()				変更日	年 月 日						
	□緊急 連絡先	氏 名	本人との 関係	住 所				電 話 番 号					
届出代行者	氏名				本人との 関係			電話番号					
提出経由機関	□ 居宅介護支援事業者 (Tel ()) (担当ケアマネジャー: ())												
	□ 地域包括支援センター (名称: 地域包括支援センター)												
●仙台市処理欄													

※ 廃止年月日は提出年月日の10日後以降になるようお願いいたします。

※ 本届の写しについては、配食事業者等に提供することとなります。