様式第４号（第９条、第１０条関係）

各務原市認知症者外出支援事業（変更・廃止）届出書

年　　月　　日

（宛先）各務原市長

申請者　住　所

氏　名

対象者との関係（　　　　）

電話番号

各務原市認知症者外出支援事業について、下記のとおり（変更・廃止）を届け出ます。

記

対象者の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |

１　変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更内容 | * 対象者の住所（市内転居に限る。）
* 緊急連絡先の者の氏名、住所、電話番号又は電子メールアドレス
* 個人賠償責任保険の加入
 |
| 事由発生年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

２　廃止

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止事由 | * 対象者の死亡
* 対象者の市外転出
* 対象者が寝たきりや施設入所等により、行方不明のおそれがなくなったため
* 対象者又はその介護者による利用辞退
 |
| 事由発生年月日 | 年　　月　　日 |