

天塩町見守り支援事業終了 (変更) 申出書

年 月 日

天 塩 町 長 様

届出者 住 所
氏 名 ㊦
利用者との続柄
(電話番号)

天塩町見守り支援事業の利用について、次のとおり終了 (変更) を申出ます。

なお、ここに記載した内容及び事業を利用するうえで把握した個人情報について、必要な範囲で関係機関等と情報共有することに同意します。

利 用 者	(フリガナ) 氏 名		生年月日
			年 月 日 (歳)
届出書 代理提出者	所属	氏名	

1. 利用を終了します 終了する年月日 年 月 日
(終了事由: 転出 / 入院・入所 / 家族・親族と同居 / 死亡・辞退 / その他)

2. 情報を変更します ※以下に変更後の内容を記載してください

変 更 内 容	1. 氏名の変更 氏名 _____
	2. 住所の変更 (転居) 転居先住所 _____ 転居先電話番号 _____
	3. 通知先の変更/追加/削除 旧通知先氏名 _____ 新通知先氏名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ メールアドレス _____
	4. その他 (_____)