

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	<input type="checkbox"/> 対象者の住所（市内転居に限る。） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 対象者の死亡 <input type="checkbox"/> 対象者の市外転出 <input type="checkbox"/> 対象者が寝たきりや施設入所等により、行方不明のおそれなくなったため <input type="checkbox"/> 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