

様式第5号（第4条関係）

介護保険補完事業利用変更（廃止）届

年 月 日

幕別町長 様

(届出者)

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で利用決定のありました介護保険補完事業の利用について、次のとおり利用の変更（廃止）を届け出ます。

| | | | | |
|---------------------------------|------|--------------|--------------|------------|
| 事業の利用 決定を受け ていた者 | フリガナ | | 申請者との 関 係 | |
| | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | | 年 齢 | 歳 |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | |
| 変更（廃止） したい事業 （該当に○ 印を） | | 食の自立支援サービス | | 布団洗濯乾燥サービス |
| | | 軽度生活援助事業 | | 緊急通報装置設置事業 |
| | | 生きがい活動支援通所事業 | | 「お元気ですか」訪問 |
| | | 外出支援サービス | | 介護用品等給付事業 |
| 変更（廃止） したい事業 の内容及び 理 由 | | | | |
| 町 使 用 欄 | | | | |