

様式第 5 号（第 7 条関係）

（宛先） 榎原市長

申請書を提出する
日付を記入してください

→ 2024 年 4 月 5 日

（申請者）

住所 榎原市八木町 1 丁目 1 − 1 8

- ① 本人・家族による申請は本人・家族
の住所等を記入してください。
② ケアマネジャーによる申請は事業
所の住所等を記入してください。

氏名 榎原 富子（ケアマネ）

電話番号 0744 − 22 − 4001

榎原市「食」の自立支援事業（配食サービス）利用廃止申請書

榎原市「食」の自立支援事業における配食サービスの廃止を申請します。

記

決定番号	第 1 2 3 4 号	当初の利用決定時の通知（御本人様宛）に記載されています。 不明の場合は、空欄のままで構いません。
利用者氏名	榎原 太郎	
廃止理由	見守りを必要としなくなったため。	