

廃止届

第5号様式（第6条関係）

上越市訪問理・美容サービス出張費助成廃止届出書

年 月 日

（宛先） 上越市長

（届出者）

住所

氏名

（助成決定者との続柄： ）

電 話

次のとおり訪問理・美容サービス出張費助成の廃止を届け出ます。

助成決定者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	上越市
廃 止 理 由	<input type="checkbox"/> 死亡したため <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設又は療養型医療施設に入所したため <input type="checkbox"/> 市外転出したため <input type="checkbox"/> 要介護1～5の認定者でなくなったため <input type="checkbox"/> その他（ ）	
廃 止 年 月 日	年 月 日（ 月分から）	

備考 未使用の上越市訪問理・美容サービス出張費助成券を添えて提出してください。