様式第３号（第４条関係）

移動支援利用変更（中止）申請書

年　　月　　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

（利用対象者との続柄：　　　）

　決定のあった移動支援の利用について変更（中止）したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | 第　　　　　号 | | 利用決定日 | | 年　　月　　日 |
| 利用対象者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | | 男・女 | 年　 月　 日生（　　歳） | |
| 変更（中止）理由 | | |  | | | |

○決定事項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 有効期限 | | 年　月　日 | | 費用負担額 | 円 |
| 支援内容 | 目的 | | □　社会生活上必要不可欠な外出  　□　余暇活動等社会参加のための外出  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 具体的内容 | |  | | |

○変更事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援内容 | 目的 | □　社会生活上必要不可欠な外出  　□　余暇活動等社会参加のための外出  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 具体的内容 |  |