

様式第 2 号(第 5 条関係)

福津市認知症高齢者家族支援事業登録廃止届

年 月 日

福津市長 様

【申請者】

氏 名： _____ (※)

対象者との続柄： _____

住 所： _____

電話番号： _____ — —

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

本事業の登録を廃止したいので届け出ます。

登録していた対象者		
氏 名	(ふりがな)	男 ・ 女
住 所	福津市	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳
辞退する理由 (該当するものに○)		
1	長期入院 (病院名： _____)	)
2	施設等入所 (施設名： _____)	)
3	市外に転出	
4	死亡	
5	その他 (_____)	)