**神戸市高齢者安心登録事業廃止届**

受付日：　年　月　日

様式第3号

神戸市長　宛

私は、本事業の利用につきまして、以下のとおり廃止の届出をします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | （ふりがな） | 登録番号 |  |  |  | |
|  |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日（　歳） | 性別 | 男　・　女 |  | |
| 郵便番号・住所 | 〒 | | |  | |
| 電話番号 |  | | |  | |
| 理由 | □市外転居のため。  □長期入院のため。  □介護保険施設等に入所するため。  □死亡のため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  | |

※対象者以外の方が届出る場合にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者氏名 | （ふりがな） | 本人との続柄 |  |  |  | |
|  |  | |
| 住所 |  | | |  | |
| 電話番号 |  | | |  | |

≪あんしんすこやかセンター記入欄≫

受付：（　　　　　　　　　）あんしんすこやかセンター　　　担当：

* 担当ケアマネジャーに確認済み（　　　　　年　　　　月　　　　日）