

年 月 日

会津坂下町高齢者等訪問収集変更・終了届

会津坂下町長 様

申請者

氏名 _____

続柄・関係性 _____

住所 _____

電話 _____

対象者氏名	
変 更 及 び 終 了 の 内 容	
収集の終了	<p>※該当する項目に✓を入れてください</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院・施設入所</p> <p><input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 支援者(家族等)の協力</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
変 更	<p>※収集時間・曜日の変更など</p>
住所変更 (収集継続)	<p>新住所 <u>会津坂下町</u> _____</p>
支援者意見 (担当ケアマネージャー ・民生委員等)	<p>氏 名 _____ 続柄・関係性 _____</p>