第５号様式（第８条関係）

配食サービス利用　変　　更廃　　止　届

年　　　月　　　日

いわき市　　　　　　　　　地区保健福祉センター所長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

※太枠のみ記入し、□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　　　　分 | 　　　　□　変　　更　　　　　□　廃　　止 |
| 利用者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 変更又は廃止年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変更の内容 | 変更事項 | □　利用者情報□　実施施設□　食数 |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 廃止の理由 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 起案日 | 年　　月　　日 | 決裁日 | 年　　月　　日 |
| 変更可否 | □　変更可□　変更不可□　廃止 | 決定区分 | □ 高齢者配食サービス□ 障がい者配食サービス |
| 所長 | 次長 | 係長 | 係　　員 | 起　案　者 |
|  |  |  |  |  |