様式第８号

宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業利用届（再アセスメント用）

令和　　年　　月　　日

宇佐市長　あて

届出者　　住　　所

氏　　名

※代筆の場合は押印

本人との続柄

電話番号

（代筆者氏名　　続柄　　）

宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

住　　所			
氏　　名		生年月日	年　月　日

□　1.変更なし

□　2.サービス利用日の変更

【変更前の利用日】

曜　日	月	火	水	木	金	土	日
昼　食							
夕　食							

➡

【変更後の利用希望日】

曜　日	月	火	水	木	金	土	日
昼　食							
夕　食							

【変更年月日】□　令和　7　年　6　月　1 日から

□　令和　　年　　月　　日から　（令和7年6月1日以前の変更の場合）

□　3.廃　止

【廃止年月日】　令和　　年　　月　　日

【廃止理由】　□ 非該当(アセスメントシートの提出)

□ 本人希望　□ 施設入所　□ 入院　□ 家族と同居

□ 死亡　□その他（　　）

宇佐市記入欄

決裁	課　長	総括	担当	係	決定年月日
					令和　年　月　日
					整理番号
備考					

受付印枠