

令和 5 年 月 日

越谷市認知症徘徊高齢者家族支援サービス
利用助成決定事項変更・取り消し申請書

越谷市長 宛

サービスの対象の高齢者の方の
ご家族の住所・氏名・続柄・
電話番号をご記入ください。

住所 越谷市〇〇〇
利用者 氏名 包括 一郎
端末機使用者との続柄 子
電話 048-×××-××××

越谷市認知症徘徊高齢者家族支援サービス事業実施要綱第 1 1 条の規定
により、次のとおり変更・取り消しの承認の申請をします。

端 末 機 使 用 者	包括 太郎
変 更（取 り 消 し） 事 項	取り消し
申 請 理 由	施設入所したため。

端末機使用者はサービスの
対象者本人のお名前をご
記入ください。

申請理由には取り消しのご理由を必ずご記入
ください。
例 ・施設入所したため。
・ADL が低下し外出しなくなったため。