様式第10号（第11条関係）

三宅町「食」の自立支援事業利用休止・資格喪失届

年　　月　　日

三　宅　町　長　　殿

届出人　住　所
氏　名
電　話

次のとおり配食サービスの利用（を休止します／資格を喪失しました）ので届けます。

利　用　者	住　　所	三宅町				
	氏　　名		性別		年齢	
	生年月日		電話番号			
理　　由	1　町外への転出　　年　　月　　日 2　施設入所　　年　　月　　日 3　入　　院　　年　　月　　日 4　死　　亡　　年　　月　　日 5　利用制度の変更　　年　　月　　日 6　その他（　　）　　年　　月　　日					