

### 高齢者福祉事業取消・異動届

年 月 日

(あて先) 川口市長

届出者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

対象者	住所	川口市		
	氏名		電話	( )
1. 取 消	[ <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ]			
2. 住所等の変更	新住所			
	新電話番号			
	その他			
事由発生年月日	年 月 日			
利用している事業に○を付けてください。				
1. 自立支援ホームヘルパーの派遣		5. 緊急通報装置の貸与		
2. 軽度生活支援員の派遣		6. 寝具乾燥・消毒		
3. 福祉機器の貸与 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車椅子		7. 配食サービス		
4. 福祉電話の貸与		8. 日常生活用具給付 ( )		