別記様式第６号（第９条関係）

　年　　月　　日

小　山　市　長　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

小山市介護予防・生活支援サービス事業終了申請書

小山市介護予防・生活支援サービス事業の利用を終了(中止)したいので、次のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） |
| サービス利用の終了(中止)の期日 | 　　年　　月　　日 |
| 終了(中止)の理由 |  |
| ケアマネジャー | 事業所名：担当者名：　　　　　　　　　　　電話番号： |