様式第2号(第5条関係)

認知症高齢者等行方不明ＳＯＳネットワーク事業登録廃止届

　　　年　　月　　日

福岡県糟屋郡粕屋町長　様

【申請者】※署名の場合は捺印不要

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄：

住　　所：

電話番号：　　　　－　　　　－

本事業の登録を廃止しますので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録していた対象者** | | | |
| 氏　　名 | （ふりがな） | | 男　・　女 |
|  | |
| 住　　所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 歳 | |
| **廃止する理由（該当するものに○）** | | | |
| １　長期入院（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　施設等入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　他の市区町村に転出  ４　死亡  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |