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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |