様式第３号（第６条関係）

食の自立支援事業利用廃止申請書

年　　月　　日

　　能代市長　　　　　様

申請者　住所

氏名

電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄

　食の自立支援事業の利用の廃止を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利　用　者 | １．申請者と同じ  ２．申請者と利用者が違う場合  　　利用者住所　能代市  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 廃止理由 | １．家族と同居　２．入院　３．施設入所　４．転出　５．死亡  ６．その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 最終配達日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 備　　考 |  |