

様式第5号（第9条関係）

いなべ市訪問理容サービス利用資格喪失届

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所

氏 名

㊞

対象者との関係（ ）

電話番号

いなべ市訪問理容サービス利用資格について、次のとおり届け出ます。

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所		電 話 番 号	
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日 （満 歳）		
変更年月日		令和 年 月 日 （ ）		
変更区分		☐ 施設等へ入所したため ☐ いなべ市外への転出したため		