

町田市 I C T 機器を活用した高齢者見守り事業利用取消依頼書

町田市長 様

依頼者

氏名 _____ 続柄 ()

住所 〒 _____

電話 _____

本人との関係 _____

町田市 I C T 機器を活用した高齢者見守り事業実施要領第 1 0 の規定に基づき、下記のとおり、町田市 I C T 機器を活用した高齢者見守り事業の利用取消を依頼します。

記

利用者氏名 (フリガナ)	()
利用者 生年月日	
事 由	<p> <input type="checkbox"/> 利用者が死亡したため <input type="checkbox"/> 利用者が施設に入所したため <input type="checkbox"/> 利用者が医療機関への長期的な入院が見込まれるため <input type="checkbox"/> 利用者が家族等との同居等により、事業の利用を必要としなくなったため <input type="checkbox"/> その他 </p> <p style="text-align: center;">()</p>