

登録番号

受付日

年

月

日

様式第3-2号(第8条関係)

佐世保市認知症高齢者見守り支援登録 解除届

佐世保市長 様

下記のとおり佐世保市認知症高齢者見守り支援登録について登録解除を申請します。

【申請日】 年 月 日

【申請者】 氏名： (登録者との続柄：)

生年月日： 年 月 日 (歳)

住所：

連絡先：

【登録者情報】

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	佐世保市			電話番号	

【登録解除】

解除理由

※尚、上記の情報につきましては佐世保市認知症高齢者見守り支援登録の際、情報提供しております市内各地域包括支援センター、警察署、民生委員児童委員および、担当ケアマネジャーへ情報提供致します。

※長寿社会課処理欄

* 報告先と日付をチェック

 警察署 民生委員児童委員：(氏名)

様 (住所)

(連絡先)

 担当ケアマネジャー：(居宅支援事業所名)

(担当者)

(連絡先)

 地域包括支援センター