

福祉有償運送サービス利用中止届

届出日 令和 年 月 日

社会福祉法人 浦幌町社会福祉協議会会長 様

申請者	氏名	
	連絡先 (住所等)	電話() -

実施要綱第6条第4項の規定により福祉有償運送サービス利用中止届を提出します。

1. 登録者

2. 利用中止日 令和 年 月 日

3. 中止の理由

例：○年○月○日 死亡・町外転出など具体的に記載して下さい。

※利用者家族及び担当する介護支援専門員が代理で届け出する事ができます。