

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
(利用者との関係： )  
電話番号

高齢者等食の自立支援事業利用中止申請書

高齢者等食の自立支援事業の利用を中止したいので、次のとおり申請します。

利用者	氏名：	性別：	生年月日：
	電話番号：		年 月 日生 歳
	住所：		
	( 区)		
中止の理由			
中止日	年 月 日 から		
備 考			