

長沼町認知症高齢者徘徊探索サービス利用中止届

年 月 日

長沼町長 様

利用者 住所  
氏名

印

次のとおり認知症高齢者徘徊探索サービスの利用を中止しますので届出いたします。

徘徊 高 齢 者	氏名		性別	男・女
	生年月日	( 歳)	続柄	
	住所			
	電話番号			
	要介護度	要支援 ( )	要介護 ( )	
中止理由 *該当する理由の□にチェック印を入れてください				
<input type="checkbox"/> 転出				
<input type="checkbox"/> 死亡				
<input type="checkbox"/> 施設入所（施設名： )				
<input type="checkbox"/> 概ね3ヶ月以上の長期入院（医療機関名： )				
<input type="checkbox"/> サービスを利用する必要がなくなった (理由： )				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
事由発生年月日	年	月	日	