

様式第6号（第9条関係）

高齢者外出支援事業資格喪失届

年 月 日

本巢市長 様

届出者

住 所		
ふりがな		
氏 名		
電話番号	( )	—
対象者との続柄	本人・	( )

本巢市高齢者外出支援事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり届けます。

記

ふりがな		
対象者氏名		<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
住 所	本巢市	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
生年月日	年 月 日	
喪失年月日	年 月 日	
喪失理由		

※未使用の乗車券がある場合は、乗車券を添付してください。