

様式第5号（第9条関係）

本巢市高齢者等理髪サービス事業利用資格喪失届

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・( )	

下記のとおり、理髪サービス事業の資格喪失を届けます。

記

ふりがな		
対象者氏名	□届出者と同じ	
住 所	本巢市	□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		

※未使用の助成券がある場合は、助成券を添付してください。