

高齢者日常生活用具給付事業中止届出書	
年 月 日	
筑西市長 様	
(届出者) 住 所 氏 名 印 電話番号	
(対象者) 住 所 氏 名 続 柄	
年 月 日付け 第 号で決定を受けた高齢者日常生活用具給付事業について利用を中止したいので、筑西市高齢者日常生活用具給付事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり届け出ます。	
中止の事由	
備 考	