

添田町「食」の自立支援サービス事業利用休止届

年 月 日

添 田 町 長 殿

住 所

氏 名 印

(本人との続柄)

電話番号

添田町「食」の自立支援サービス事業の利用を受けていますが、今回下記の理由により休止したいのでお届け致します。

記

1. 利用者名 _____

2. 休止期間（3ヶ月以内）

年 月 日 から

年 月 日 まで

3. 理 由 _____

- (1) 上記の休止期間をすぎて、サービスの再開始がない場合はサービスの辞退となります。
- (2) 辞退になった場合、継続してサービスは受けることができないため再度申請が必要になります。