（第２号様式）

**中区登録Ｎо．**

**中区認知症高齢者等SOSネットワーク登録　変更・削除　届出書**

　　年　　月　　日

　（届出先）

　横浜市中福祉保健センター長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | T・S・H　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 続柄（　　　） |
| 電話番号 |  |

**１　登録内容に変更がありましたので次の通り届け出ます。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者氏名  （ふりがな） | 新 | （　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 旧 | （　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 登録者住所 | 新 | 横浜市中区 | | | |
| 旧 | 横浜市中区 | | | |
| 連　絡　先  □第１連絡先  □第２連絡先 | 新 | 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 旧 | 氏名 |  | | |
| そ　の　他 | 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |

**２　登録届を削除します。**

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 死亡 |
| ２ | 区外転居 |
| ３ | 長期入院・入所 |
| ４ | 利用対象者に該当しなくなった(行方不明になる心配がなくなった) |
| ５ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

削除理由

＜事務処理欄＞

区　受理年月日



受理者：

ケアプラザ受理年月日



受理者：

地区担当

係　長

課　長