（様式第６号）　　　　　　　　　　　　　　　　　開始時受理番号：

彩の国まごころサポート”絆”利用中止申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出年月日　　　　年　　月　　日

　埼玉県知事

　（県民生活部防犯・交通安全課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名

　彩の国まごころサポート”絆”の利用を中止したいので申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申出者 | ： |
| 住所・居所： |
| 支援利用者との関係：□本人　 □遺族（続柄：　　　　　）  　　　　　　　　　　□家族（続柄：　　） □その他（　　　） |
| 連絡先：　　　　　　　　　　　　（少年の場合保護者氏名） |
| 支援利用者 | 氏　名： |
| 居住地： |
| 連絡先： |
| 中止を希望する協力事業者 | 名称： |
| 利用中止の理由 | □　県外又は利用圏外への転出による  □　利用が困難となる事情の発生による  □　支援利用者の希望による  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業者への情報提供事項 | □　連絡先（申出者・支援利用者・その他（　　　　　　　　　　　　　　））  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ※　口頭若しくは電話の場合  　彩の国まごころサポート”絆”の利用の中止の申し出があり、必要な事業者及び上記関係機関に対する情報提供について同意を得た上で  　　　　年　　月　　日　　　時　　分  　　　　　　　　　　　（　　　　）からの申出を受け、同意を得た。  　　　　　　　　　　埼玉県県民生活部防犯・交通安全課　職名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |