様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長

　　年　　月　　日付で申請がありました八頭町通所型介護予防事業の利用を下記のとおり承認します。

記

1. 利用事業の内容
2. 利用の条件等
   1. 利用の取り消し及び中止

八頭町通所型介護予防事業実施要綱第６条各号に該当する場合には、利用を取り消し、又は中止する場合があります。

* 1. その他