（様式第４号）　　　　　　　　　　　　　　開始時受理番号：

彩の国まごころサポート”絆”利用変更申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　現在利用中の彩の国まごころサポート”絆”の利用に関して、変更がありますので申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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： |
| 変更理由 | 　 |
| 変更事項 | 変更前：変更後： |
| 注意事項 |  |

|  |
| --- |
| ※　口頭若しくは電話の場合　　彩の国まごころサポート”絆”に関する変更の申出があり、協力事業者及び関連する関係機関に対しての情報提供について同意を得た上で　　　年　月　日　　　　時　　分　　　　　　　　　　　（　　　　　）から申し出を受け、同意を得た。　　　　　　　　　　埼玉県県民生活部防犯・交通安全課　職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　 |