別記様式４－１

入浴支援対象市町

|  |  |
| --- | --- |
| 対象市町名  （災害救助法適用） | 入浴支援サービス  終了月日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

○この様式を受付等に掲示し，利用される方への入浴支援対象市町の明示をお願いします。

○入浴支援サービスが終了する場合，広島県から連絡しますので，「対象市町名」で取消線で取り消し，「入浴支援サービス終了月日」欄に終了月日の記載をお願いします。