

# 居宅サービス計画作成依頼終了届出書

		区分	終了																				
フリガナ  被保険者 氏名		被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																					
居宅(介護予防)サービス計画作成依頼を終了する事業者の名称等																							
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒																					
事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					電話番号 ( )	
サービス計画作成の終了年月日	令和 年 月 日																						
作成依頼を終了する事由等																							
<p>清瀬市長 あて</p> <p style="text-align: center;">上記の居宅介護支援事業者の居宅サービス計画作成依頼を終了したことを届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名 電話番号 ( )</p>																							
届出代理人 氏名																							
本人との関係( ) 事業者名( )																							
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 認定(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 利用サービス																						

(注意) 1 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼を終了する場合は、すみやかに清瀬市介護保険課へ提出してください。