様式第５号（第１４条関係）

年　　月　　日

（宛先）三　沢　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |

三沢市介護予防・日常生活支援総合事業利用中止届

次のとおり三沢市介護予防・日常生活支援総合事業の利用の中止を申し出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　　名 |  |
| 電話番号 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 |  |
| 介護支援専門員等 | 事業所 | □ 三沢市地域包括支援センター |  |
| □ 指定居宅介護支援事業所 | 事業所名： |
| 氏　名 |  |
| 中止するサービス | サービス種別 | サービス提供事業所 |
| 〔訪問型サービス〕 |
| □ | 訪問介護相当サービス |  |
| □ | 訪問型サービスＢ |  |
| □ | 訪問型サービスＣ |  |
| 〔通所型サービス〕 |
| □ | 通所介護相当サービス |  |
| □ | 通所型サービスＢ |  |
| □ | 通所型サービスＣ |  |
| 中止となる時期 | 年　　月　　日から |
| 備　　考 |  |