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 |  | | | | | |