利用中止届

　年　月　日

加　西　市　長　　様

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　印

地域密着型サービス事業等の利用中止について

　以下のとおり、貴市被保険者が地域密着型サービス（または、介護予防地域密着型サービス）事業所の利用を中止することを届け出ます。

１．地域密着型サービス（または、介護予防地域密着型サービス）を利用する事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 事業種別 |  |
| 事業者番号 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 事業者法人名称 |  |

２．利用者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（ふりがな） |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 利用中止年月日 |  |