

取下

居宅届取下げ届出書

久留米市長 様

下記のとおり、居宅サービス計画等の作成 届出日を記載してください。

年 月 日

フリガナ	クルメ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0								
被保険者氏名	久留米 太郎	個人番号												
住 所	〒830-8520 久留米市城南町15番地3	生年月日												
居宅サービス計画の作成をしていた (事業者の事業所名)	事業所の名称・所在地を記入します。 事業所のゴム印または角印を押印してください													
居宅サービス計画の作成をしていない (事業者の所在地)	事業所の名称・所在地を記入します。 事業所のゴム印または角印を押印してください													
居宅介護支援事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	電話番号	( )		
取下げ理由	例) ・特別養護老人ホームに入所したため ・病院に入院し、退院の見込みがないため										取下げ年月日	○年 ○月 ○日		
申請を下記の者に委任します(申請者が被保険者本人の場合)	取下年月日は、提出月のサービス利用がない場合は提出日となりますが、サービス利用がある場合は原則届出日の月末となります。													
受任者氏名	篠山 花子													
受任者住所	久留米市城南町15番地3										ケアマネジャー			

※以下の欄は、記入しないでください。

保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者への確認 <input type="radio"/> 確 認 日 平成 年 月 日 <input type="radio"/> 事業所担当者 氏 <input type="checkbox"/> 取下げ月のサービス利用 (あり・なし) <input type="radio"/> 「あり」の場合 → 自己作成又は償還払い化に (同意する・同意しない)
-------------	--

受 付	原課	田主丸	北野	城島	三猪	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦	FAX	終了年月日
												/

処 理	被保険者証回収	介護度	発行											受領印	
	済・未	介・支・暫	H・S・入力のみ												

<備考>  
番号確認 個・通・住・シ・職・( )  
本人確認 介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞・( )

受領印