（参考様式）

地域密着型（介護予防）サービスに係る利用終了連絡票

令和　　年　　月　　日

備前市長　　様

所在地

事業者　法人名

代表者職・氏名

貴市被保険者のサービス利用が終了したため、下記のとおり連絡します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス種類 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（利用者）氏名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス利用終了年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| サービス利用終了事由 |  | | | | | | | | | |

（備考）

|  |  |
| --- | --- |
| この連絡票の被保険者を除く、備前市の被保険者の有無 | 有（　　名）　・　無 |