（介護支援専門員→保険者）

**独居世帯以外の生活援助終了届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 要介護度 | 要介護（　１ ２ ３ ４ ５　） | | | | | | | | | |
| 生年月日 | （　　歳） | 性　別 | 男　　　女 | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 【生活援助を終了する理由】 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 阿賀町福祉介護課長　　様  　　　　上記のとおり独居世帯以外の生活援助の終了を届出します。    　　年　　月　　日  住　　　　　所  居宅介護支援事業所  届出者　　　電　話　番　号  介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |