（地域包括支援センター→保険者）

**独居世帯以外の総合事業訪問型サービス終了届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 要介護度 | 要支援１　　要支援２ | | | | | | | | | |
| 生年月日 | （　　歳） | 性　別 | 男　　　女 | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 【総合事業訪問型サービスを終了する理由】 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 阿賀町福祉介護課長　様  　　　　上記のとおり独居世帯以外の総合事業訪問型サービスの終了を届出します。    　　年　　月　　日  住　　　　　所  地域包括支援センター（介護予防支援委託先事業所）  届出者　電　話　番　号  介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |