

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼解除届出書

被保険者氏名	被保険者番号			
フリガナ				
	生年月日			性別
	明・大・昭			男・女
	年	月	日	

居宅(介護予防)サービス計画作成を解除した理由

1. 居宅(介護予防)サービスを利用しない。(住宅改修・福祉用具購入・居宅療養管理指導のみ利用)
2. 施設入所のため不要。
3. その他 ( )

解除年月日 令和 年 月 日

福島市長

上記の理由により居宅(介護予防)サービス計画作成依頼を解除したことを届け出します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

届出者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族(親族)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員等
氏 名	連絡先又は事業所名		

(注意) この届出書には次の書類を添付してください。

- 1 被保険者が居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所との契約を解除したことが確認できる書類。
- 2 介護保険被保険者証又は介護保険資格者証。