地域密着型サービス利用終了連絡票

令和　　年　　月　　日

双葉町長　殿

所在地

事業者　法人名

代表者職氏名

貴町の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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |