

介護保険居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼中止届出書

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
					生 年 月 日									
					明・大・昭 年 月 日									
居宅介護（介護予防）サービス計画作成を依頼していた事業者														
事業者の事業所名					事業所の所在地 〒									
居宅介護（介護予防）支援事業所番号					電話番号 ()									
<p>柏崎市長 櫻井 雅浩 様</p> <p>上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼を中止することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者又は代理人 電話番号</p> <p>氏 名</p>														
計画作成中止の理由（※該当する番号に○印を付けてください。）														
<p>1. 居宅介護（介護予防）サービスを当分利用しない。</p> <p>2. 病院（療養型病床群を除く）へ入院した。 (病院名 _____)</p> <p>3. 介護保険施設（療養型病床群を含む）へ入所した。 (施設/病院名 _____)</p> <p>4. その他 (_____)</p>														
今後の柏崎市のフォロー（関わり）について（※該当する番号に○印を付けてください。）														
<p>1. フォロー（関わり）の必要はない。</p> <p>2. フォロー（関わり）が必要である。</p> <p>その理由 (_____)</p>														
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所番号												