

事業対象者廃止届出書

										区 分				
										廃止				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
ふりがな														
					生 年 月 日					性 別				
					明・大・昭 年 月 日					男 ・ 女				
介護予防ケアマネジメントを廃止した地域包括支援センター														
地域包括支援センター名			地域包括支援センターの所在地											
※契約失効年月日 年 月 日			〒											
			電話番号											
佐賀中部広域連合長 様 事業対象者としての登録を廃止することを届け出ます。 年 月 日 被保険者 住 所 電話番号 氏 名 代筆者 氏 名 () ※代筆の場合は、代筆者の氏名・続柄もご記入ください。														
保険者確認欄			☐ 事業対象者認定済 ☐ 届出の重複 ☐ 被保険者証の回収											

(注意) 1 この届出書は、下記の場合、佐賀中部広域連合給付課へ提出してください。

- ・基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当しなくなった場合
- ・サービスの利用を廃止した場合

2 原則代筆は親族に限ります。ケアマネジャー等が代筆する場合は押印が必要