

居宅サービス計画作成依頼停止届出書

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号				
アガナ 					
	生年月日				
	明・大・昭	年	月	日	
サービス計画作成を停止する事業者					
事業者の事業所名及び事業者番号	事業所の所在地	〒			
事業所を停止する場合の事由等	電話番号 ()				
停止年月日 (解約日) 令和 年 月 日					
石岡市長 あて 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を停止することを届け出ます。 令和 年 月 日 住所 電話番号 () 被保険者 氏名 代筆					
保険者確認欄	提出者 <input type="checkbox"/> 本人または家族 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者				入 力

(注意)

この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼した事業所との契約を解除した場合に、停止年月日を記入の上、速やかに石岡市高齢福祉課介護保険室へ提出してください。