

地域密着型サービス利用開始・終了連絡票

平成 年 月 日

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

事業所名

次の方が、下記事業所の利用を開始・終了いたしましたので、連絡します。

利用開始・終了年月日

被保険者氏名		被保険者番号					
フリガナ							
		生年月日			性別		
住所(開始前住所)							
終了後住所 ※死亡の場合は記入不要							
終了の理由	1 他の介護保険施設等入所 () 2 死亡 3 その他 ()						

※「利用者みなし」指定の場合のみ記入

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

事業所名	
電話番号	
所在地	