被保険者証記載事項抹消希望届

(居宅サービス計画/介護予防サービス計画作成依頼終了届)

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援事業所名  地域包括支援センター名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒  電話番号 |
| 介護支援専門員名 |  |

長岡京市長　様

　以下の被保険者について、居宅サービス計画/介護予防サービス計画作成の依頼を受けておりましたが、下記のとおり終了することになりましたので、被保険者証の記載事項の抹消を願いたく、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  長岡京市  電話番号(　　　　)　　　― | | | | | | | | | | | | |
| 終了事由 | 1. 介護保険施設入所 2. 利用者からの申し出(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) 3. 事業所からの契約解除(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) 4. その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 廃止日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |

上記の事由により、廃止日をもって契約が終了することに同意します。

被保険者　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：