小規模多機能型居宅介護 利用終了届出書

		区 分											
		新 規 ・ 変 更											
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号											
フリガナ													
		生 年 月 日	性 別										
		明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和	男 ・ 女										
		年 月 日											
		個 人 番 号											
		-	-										
医療保険													
保 険 者 名	保 険 者 番 号	記 号	番 号										
国 保 ・ 後 期 高 齢													
そ の 他 ()													
事 業 者 の 事 業 所 名		事 業 所 の 所 在 地											
		〒											
		電 話 番 号 () -											
事業所の利用を終了する理由等													
変更年月日(令和 年 月 日付)													
鏡野町長 様 上記の小規模多機能型居宅介護の利用を終了することを届出します。 また、本届出書に記載する個人番号、国民健康保険または後期高齢者医療保険の被保険者番号を住民基本台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。 令和 年 月 日 住 所 被 保 険 者 電 話 番 号 () - 氏 名													
保 険 者 確 認 欄	☐ 被保険者資格 ☐届出の重複 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業所番号												
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												

(注意) 1 この届出書は、利用の終了が決まり次第速やかに鏡野町へ提出してください。