事業対象者有効期間終了届出書

宇佐市長　様
（介護保険課）

年　　月　　日

次のとおり届け出ます。

被保険者番号											性　別	男　・　女
フリガナ											生年月日	明　大　昭 年　　月　　日
被保険者 氏　名										㊞		

事業対象者 認定日	年　　月　　日
事業対象者 有効期間終了日	年　　月　　日　までで事業対象者の有効期間を終了します。
理　由	□　今後のサービス利用予定がないため □　その他（　　）
誓　約	この届出により、有効期間終了後、総合事業による訪問型および通所型サービスが受けられなくなりますが、後日、不服を申し立てません。

届出者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	□　地域包括支援センター　　□　居宅介護支援事業所 ㊞		
届出者住所	〒　　ー　　電話番号　　（　　）		

※届け出の際は、介護保険被保険者証を添付してください。

※負担割合証は提出不要です。有効期限までは、再交付された被保険者証と併せて保管するよう利用者に伝えてください。

〔保険者記入欄〕

台帳登録　　（　未　・　済　）　　⇒アクロ登録　F7→04　終了日・備考（理由）を入力し、更新

被保険者証交付　　（　未　・　済　）　　受付担当者＿＿＿＿＿＿＿＿