様式第2号(第5条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス利用開始(中止)届 |  |

年　　月　　日

　　常総市長　殿

所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　　次の者が当事業所の地域密着型サービス(地域密着型介護予防サービス)の利用を開始(中止)しますので，届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用開始(中止)年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | | |
| 住所 |  | | |
| ふりがな  氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 年齢 | 歳 |
| 利用開始(中止)の理由 | |  | | |

　※この届けは，利用開始(中止)日の7日前までに提出すること。