

事業対象者有効期間終了届

大野城市長 宛

(介護支援課)

年 月 日

下記事業対象者については、現在、介護予防・日常生活支援サービスの利用の予定がないため、事業対象者の有効期間終了を届け出ます。

届出者	事業者名	大野城市 () 地域包括支援センター		
	担当者氏名		電話番号	

被保険者番号																				
フリガナ																				
被保険者氏名																				

事業対象者認定日	年	月	日	
事業対象者終了日	年	月	日	で事業対象者を終了します。

届出理由	<input type="checkbox"/> まどかスクール利用終了のため <input type="checkbox"/> 支援終了、今後のサービス利用予定なしのため <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

介護保険被保険者証の再交付を依頼します。

申請理由： 1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他 ()

※届出の際は介護保険被保険者証を添付してください。

新しい被保険者証は介護支援課から本人宛に郵送します。

※負担割合証は回収不要です。有効期限までは、送付する新しい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

ADWORLD 登録 (未 ・ 済) 受給 → 事業対象者 (基本チェックリスト) 管理 → 対象者検索 → 履歴検索 → 該当履歴選択 終了日・備考 (まどかスクール終了のため、サービス利用予定なしのため等) を入力、更新
被保険者証送付 (未 ・ 済) 注) 事業対象者用の被保険者証は発行しない。
受付担当者 _____
処理終了後は 063-04-10-002-02 フォルダへ収納してください。