

## 高齢者在宅サービス変更・廃止等申出書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(宛先) 川崎市長

申出者 住所 \_\_\_\_\_

(記名押印又は申出者の署名)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 電話 ( ) \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( ) \_\_\_\_\_

次の高齢者在宅サービスを ( 変更・停止・停止解除・廃止 ) したいので申し出ます。

利 用 者	住 所	川 崎 市 区										電話 ( ) _____						
	フリガナ 氏 名						生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
介護保険 被保険者番号																		
申 出 事 由	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 要介護度対象外			<input type="checkbox"/> 事業者変更 ( 新事業者 )													
	<input type="checkbox"/> 入院	( 病院・施設名 )					<input type="checkbox"/> 市外転出 ( 新住所 )											
	<input type="checkbox"/> 入所						<input type="checkbox"/> 市内転居											
	<input type="checkbox"/> その他																	
事由発生日		年	月	日														
<p>該当するサービスに<u>チェック</u>☑してください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 <input type="checkbox"/>日常生活用具の給付 (紙おむつ)</td> <td style="width: 50%;">4 <input type="checkbox"/>訪問理美容サービス</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/>寝具乾燥</td> <td>5 <input type="checkbox"/>徘徊高齢者発見システム</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/>福祉電話</td> <td></td> </tr> </table>													1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付 (紙おむつ)	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス	2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	5 <input type="checkbox"/> 徘徊高齢者発見システム	3 <input type="checkbox"/> 福祉電話	
1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付 (紙おむつ)	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス																	
2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	5 <input type="checkbox"/> 徘徊高齢者発見システム																	
3 <input type="checkbox"/> 福祉電話																		
居宅介護支援事業者 :										受付印								
電話 ( ) _____ 担当者																		
地域包括支援センター :																		
電話 ( ) _____ 担当者																		
委 任 欄 ※	<p>この申出に関する一切の権限を委任します。</p> <p>委任者 (利用者) _____ 受任者 (申出者)</p> <p>氏名 _____ 印 氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">(記名押印又は利用者の署名) (記名押印又は利用者の署名)</p>																	

※ 申出者が利用者本人以外の場合は、上記の委任欄を記入してください