

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 _____

氏名 _____ 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。

また、停止又は廃止の処理に伴い、利用者基本情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号・世帯状況・要介護度・介護認定に係る主治医意見書の内容）及びサービス提供内容（サービス内容・利用料等認定事項）について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者	住所	川崎市 区														
	フリガナ 氏名						電話									
							生年月日	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%;">3 <input type="checkbox"/> 福祉電話</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥</td> <td>4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス</td> </tr> </table>													1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付（紙おむつ）	3 <input type="checkbox"/> 福祉電話	2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス
1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付（紙おむつ）	3 <input type="checkbox"/> 福祉電話															
2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス															
居宅介護支援事業者： 電話 () 担当者										受付印						
地域包括支援センター： 電話 () 担当者																