

特別養護老人ホーム入所利用申込書

取下げ

令和 年 月 日

南信州広域連合 様
(FAX0265-21-5188)

届出人 (1. 利用申込者家族 2. 居宅介護支援事業者)

住 所 _____
氏 名 _____
(事業者名) _____
T E L _____

下記の通り施設利用申込みを取下げます。

| | | | | | | | |
|-------|--------|---|--|--|--|------|-------------|
| 利用申込者 | 被保険者番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | 〒 | | | | 要介護度 | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|
| 取 り 下 げ の 理 由 | 該当するものに○を付けてください | | | | | |
| | 1. 待機中の死亡 (令和 年 月 日) | | | | | |
| | 2. 在宅可能のため | | | | | |
| | 3. 身体状況の変化 | | | | | |
| | 4. 入院療養のため | | | | | |
| | 5. 特養入所 (施設名:) | | | | | |
| | 6. その他施設入所 (施設名:) | | | | | |
| | 7. 市郡外施設入所 | | | | | |
| | 8. 市郡外へ転出 | | | | | |
| | 9. その他 | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| 保険者名 (市町村名) | |
|-------------|--|

| | | | |
|------------------|--|-----------------------|-----|
| 参 考 事 項 | | 広 域 記 載 欄 | No. |
| | | | |