様式17

事業対象者有効期間終了届

鯖江市長 様

下記の事業対象者について、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  | 地域包括支援センター  |
| 担当者名  |   | 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  | 令和　　　年 月 日  |
| 事業対象者終了日※  | 令和　　　年 月 日で事業対象者を終了します。  |
| 届出の理由  | 1　基本チェックリストの結果、非該当になったため （基本チェックリスト実施日　令和 年 月 日）2　介護予防・生活支援サービスの利用予定がないため 3　介護予防・介護サービスを暫定で利用予定のため4　その他（ ）  |
| 備 考  |   |

上記の届出内容に同意します。　※自署または記名押印

令和　　年 月 日

被保険者氏名 　　　　　　　（代筆者　　　　　　　　　 　　）

※ 事業対象者終了日は、基本チェックリストを実施した月の末日となります。

・事業対象者が、要介護認定申請をした場合には、提出不要です。しかし、暫定で介護予防・介護サービスを利用する場合には提出してください。その場合の事業対象者終了日は、提出日となります。

・届け出の際は、被保険者証と基本チェックリスト※１を添付してください。

・新しい被保険者証は、鯖江市より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、新しい被保険者証と併せて保管するよう本人に伝え

てください。

　　　　　※１基本チェックリストは、届出の理由 １の場合のみ添付してください。

保険者記入欄：システム入力（ 未・済 ） 被保険者証の送付（ 未 ・ 済 ） 担当者（ 　 ）