様式第４号（第8条関係）

　　年　　月　　日

豊山町長　様

　申請者

事業所名

代表者氏名

　連絡先

（担当介護支援専門員氏名　　　　　　　　　）

豊山町介護保険短期入所サービス特例利用中止届出書

　　　年　　月　　日から利用している短期入所サービス特例利用について、下記のとおり利用の必要がなくなったため、利用中止の届出をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用開始日年月日 | 年　　月　　日 | 中止年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 要介護状態区分 |  |
| 認定有効期間 | 　　年　　　月　　日から　　　年　　　月　　日 |
| 利用申請期間 | 年　　　月　　日から　　　年　　　月　　日 |
| 中止理由 | 　□　施設入所　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　入院　□　死亡　□　他の居宅サービスも利用し、短期入所サービスを連続利用する必要性がなくなった　□　その他 |