

(第7号様式)

自立支援・配食ネットワーク事業 中止連絡票

(太枠内記入)		申請日	年	月	日	
フリガナ 利用者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日
介護保険 被保険者番号		電話番号				
住 所	〒 ー 町田市					
居宅介護 支援事業所			ケアマネジャー			

ケアマネジャーは、あらかじめ配食事業所への連絡を行って下さい。

中止理由 (該当理由に☑をしてください)		中止日
<input type="checkbox"/>	施設等入所	月 日
<input type="checkbox"/>	家族との同居	
<input type="checkbox"/>	死亡	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	

配食事業所 への連絡	配食事業所名			
	連絡日	月	日	担当者

※本件に関する通知は、原則、利用申請書に記載のある申請者へ行います。

市記入欄	
------	--