

(第5号様式)

町田市在宅高齢者生活支援事業中止連絡票

		受付日	年 月 日
利用者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所			
居宅介護支援事業所 ／支援センター		担当者	
中止の理由	<input type="checkbox"/> 中 止 (年 月 日 ~) (理 由 : 特養等入所 ・ 転居 ・ 家族との同居 ・ 死亡) (その他 :) <input type="checkbox"/> 一 時 中 止 (年 月 日 ~ 年 月 日) (理 由 : 入院 ・ 老健入所 ・ その他)		
中止する事業	<input type="checkbox"/> 救急通報システム事業 <input type="checkbox"/> 寝具乾消毒事業 <input type="checkbox"/> その他()		
委託事業所への報告	月 日 担当者()		

提出上の注意

- ・この連絡票は「サービスが中止になった時」にご利用いただくものです。
- ・長期間(1か月以上)の中止の際にご提出ください。

各事業所への報告について

承認取消通知書が事業所に届くまでに時間がかかりますので、中止が決定した際は、利用者だけでなく各事業所へすみやかに報告してください。