**長野市介護保険　居宅介護(介護予防)支援契約終了連絡票**

　　年　　月　　日

長野市長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 居宅介護(介護予防)支援事業者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

下記被保険者との居宅介護(介護予防)支援契約を終了しましたので連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | 契約終了年月日 | | | | | |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

提出が必要な場合

１　介護保険施設に入所（入院）したとき

２　医療機関に長期入院したとき

３　居宅サービスの利用を中止したとき

　などにより、居宅サービス計画作成依頼契約を終了したときに提出してください。

提出が不要な場合

１　他の居宅介護（介護予防）支援事業者に引き継いだとき

２　資格喪失したとき（死亡や保険者の変更を伴う転出等）　　　　　　については、提出は不要です。

|  |
| --- |
| 提出先 |
| 〒380-8512 　長野市大字鶴賀緑町1613番地  長野市役所保健福祉部介護保険課給付担当 メール：[kaigo@city.nagano.lg.jp](mailto:kaigo@city.nagano.lg.jp)  ＦＡＸ：０２６（２２４）８６９４ ※メール、郵送、ＦＡＸ可（送付状不要） |