

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。

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

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)支援事業者を引き継いだとき
- 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
FAX：026(224)8694
※メール、郵送、FAX可(送付状不要)