令和　　年　　月　　日

甲州市長　様

法人所在地

　　　　　　　　　法人名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

地域密着型サービス提供終了通知書

このことについて、下記利用者のサービス利用が終了しましたので報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種別 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 事業所名称 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 利用者 | 現住所 |  |
| ふりがな |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 要介護度 |  |
| 被保険者番号 |  |