

地域密着型特別養護老人ホーム入所利用申込書

取 下 げ

令和 年 月 日

特養グランスマイル施設長
高 森 町 長 様

届出人 (1. 利用申込者家族 2. 居宅介護支援事業者)

住 所 _____

氏 名 _____

(事業者名) _____

電話番号 _____

下記のとおり施設利用申し込みを取り下げます。

被保険者番号												
フリガナ									生年月日	M T S 年 月 日		
氏 名									性 別	男 ・ 女		
住 所									要介護度			

取り下げの理由	1. 待機中の死亡 (平成 年 月 日)
	2. 在宅可能のため
	3. 身体状況の変化
	4. 入院療養のため
	5. 特養入所 (施設名 :)
	6. その他施設入所 (施設名 :)
	7. 市郡外施設入所
	8. 市郡外へ転出
	9. その他

保険者名(市町村名)	高 森 町
------------	-------

参考		No.
----	--	-----