事業対象者有効期間終了届

福井市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

下記の事業対象者について、事業対象者の有効期間終了を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 事業者名 | 福井（　　　　　　　　）包括支援センター |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業対象者認定日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業対象者終了日※ | 年　　　　月　　　　日で事業対象者を終了します。 |
| 届出の理由 | 1. 元気度調査の結果、非該当になったため

（元気度調査実施日　　　年　　　月　　　日）イ）介護予防・生活支援サービスの利用予定がないためウ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　考 |  |

**上記の届出内容に同意します。※自署または記名押印**

**被保険者氏名**

※　事業対象者終了日は、元気度調査を実施した月の末日となります。

・事業対象者が、要介護認定申請をした場合には、提出不要です。

・届け出の際は、被保険者証と元気度調査票※１を添付してください。

・新しい被保険者証は、福井市より本人宛に郵送します。

|  |
| --- |
| ※１　元気度調査票は、届出の理由ア）の場合のみ添付してください。保険者記入欄システム入力　　（　未　・　済　）被保険者証の送付（　未　・　済　）　　　　　　　　担当者　　　　　　 |

・負担割合証は回収不要です。有効期限までは、新しい被保険者証と併せて保管するよう本人に伝えてください。