様式第４号（第４条関係）

介護保険補完事業利用変更（廃止）届

年　　月　　日

幕別町長　　　　　様

（届出者）

住　所

氏　名

電話番号

（利用者との続柄　　　　　　　　）

介護保険補完事業の利用について、次のとおり利用の変更（廃止）を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更（廃止）  したい事業に〇 | 事業・サービス名 | 変更（廃止）したい理由 |
|  | 食の自立支援サービス |  |
|  | 生きがい活動支援通所事業 |  |
|  | 外出支援サービス |  |
|  | 緊急通報装置設置事業 |  |
|  | 「お元気ですか」訪問 |  |
|  | 介護用品等給付事業 |  |