介護保険（居宅サービス計画作成依頼届出事業所等）取消届

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	生年月日
	年　　月　　日

取消を求める事業所等	
事業所名称	事業者番号
事業所住所	
居宅サービス計画作成依頼（変更）届出等年月日	年　　月　　日
取消を要する理由	

提出代行者	
事業所名称	事業者番号
事業所住所	電話番号

明石市長様

上記居宅介護支援事業所等に居宅サービス計画等の作成を依頼していたこと等の取消しの届出をします。

年　　月　　日

住所

被保険者

氏名　　電話番号

決 済	課 長	係 長	入 力	受 付
完了日	年　　月　　日			

保険者確認欄
□ 被保険者証等 （回収・紛失届・不要）
□ 交付 （被保険者証・資格者証）

伺）上記のとおり取消してよろしいか