

前橋市高齢者支援見守り配食事業利用終了届出書

届出日 令和 6 年 4 月 1 日

（あて先）前橋市長

前橋市高齢者支援配食サービスの利用の終了について、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱【第7条】の規定により届出します。

被保険者番号	0 0 0 0 0 x x x x x
フリガナ	マエバシ タロウ
氏名	前橋 太郎
生年月日	昭和 ** 年 4 月 1 日
住所	〒370-*** 前橋市〇〇町x丁目x-x
終了理由	3
終了理由	<ul style="list-style-type: none"> 1 施設入所 2 逝去 3 対象者に該当しなくなった 4 6か月以上の配食休止（見込み含む） 5 配食サービスを希望しない 6 その他
【詳細理由（必須）】	ヘルパーが入るようになり、見守りが可能になったため
終了日	令和 6 年 3 月 31 日
通知送付	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 決定通知を本人宅以外へ送付する場合は宛先を記入してください 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
届出の提出者	（地域包括支援センター、ランチ又は居宅介護支援事業者）
名称	〇〇支援センター
電話番号	027-***-****
所在地	前橋市△△町x-x-x
ケアプラン担当者	長寿 はな子

終了の理由に該当する番号を記入してください。

終了理由	詳細理由例
1 施設に入所	〇月〇日より施設に入所
2 逝去	〇月〇日に逝去
3 対象者に該当しなくなった	他のサービスの利用を開始 自分で食事が用意できるようになった 家族と同居 BMIが18.5以上に回復(低栄養)
4 6か月以上の配食を休止している(見込み含む)	長期の入院 休止状態が長期続いている
5 本人が配食サービスを希望しなくなった	弁当の味が合わない・飽きた 好きなものを食べたい 食べきれない・食事摂取困難 配食サービス受け入れ拒否
6 その他	体調悪化・食事制限 弁当の管理ができない 市外へ転出

上記の例を参考に、詳細な理由を記入してください。

最終に利用した日にちを記入してください。この日付以降の利用については、配食サービスの適用になりません。

終了通知書の利用者住所への送付について、要・不要を○をつけてください。

本人以外に通知を送付してほしい場合は、送付先を記入してください。

様宛