[様式第５号](#第６条（様式第12号）)（第８条関係）

年　　月　　日

食の自立支援事業異動届

雲仙市長　金澤　秀三郎　様

申請者　住所　雲仙市

（自署の場合は押印省略可）

雲仙市食の自立支援事業実施要綱第８条の規定により、下記のとおり届けます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 被保険者番号 | | |  | 氏名 | |  | |
| 住所 | 雲仙市 | | | | 電話番号 | |  |
| 配食事業所名 | | |  | | | | | |

※ＦＡＸでも送信の場合は、氏名・住所・電話番号を記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 異動種別 | 住所変更・中断・中止・回数減少・曜日変更・ 再開・その他（　　　　 　　） | | |
| 異動年月日 | 年　　　月　　　日　（～　　　　年　　月　　日） | | |
| 理由 |  | | |
| ※異動種別が「住所変更」・「回数減少」・「曜日変更」・「その他」 の場合、下記を記入してください。 | | | |
| 変更内容 | | 変更前 | 変更後 |
|  |  |

※　中断→決定期間中に配食サービスの利用を一時的に止めることです。中断する期間を記入し、再開する際にはあらためて異動届を提出ください。

※　中止→決定期間に関係なく、配食サービスの利用を止めることです。再び利用する際には新たに申請が必要となります。

【担当介護支援専門員記入欄】

上記の異動内容を配食事業所へ連絡のうえ、下記を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 異動内容連絡日 | 年　　月　　日 | 担当介護支援専門員氏名 | |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  | | 電話番号 |  |
| 配食事業所連絡方法 | 電話・ファックス | | 連絡先氏名 |  |