地域密着型サービスのみなし指定による利用終了届出書

　　年　　月　　日

南さつま 市 長 　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名称　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

南さつま市の被保険者（住所地特例適用被保険者を除く。）について、利用が全て終了したので以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | 所　在　地 |  | |
| 名　　　称 |  | |
| 事業所番号 |  | |
| 連　絡　先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| サービスの種類 |  | |
| 利用終了日 | |  | |