

死亡時  
介護支援専門員等用

(様式4)

特別養護老人ホーム入所申込みの取消依頼書

年 月 日

特別養護老人ホーム福寿園 施設長 あて

事業所名 住所  
名称  
介護支援専門員等氏名 ⑩  
電話

下記の入所申込者が死亡しましたので、貴施設への入所申込みの取消しを依頼します。

記

- 1 申込者氏名 \_\_\_\_\_
- 2 生年月日 \_\_\_\_\_
- 3 介護保険被保険者番号 \_\_\_\_\_