

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

										区分	終了								
フリガナ 被保険者 氏名										被保険者番号									
										個人番号									
										生年月日	明・大・昭	年	月	日					
介護予防サービス計画の作成依頼を終了する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントの依頼を終了する地域包括支援センター																			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名										介護予防支援事業者の所在地 〒 地域包括支援センターの所在地									
事業所番号										電話番号 ()									
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託していた居宅介護支援事業者																			
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託していた場合のみ記入してください。																			
居宅介護支援事業所名										所在地 〒									
										電話番号 ()									
終了年月日										令和 年 月 日									
終了する理由等																			
清瀬市長 様																			
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを終了します。																			
令和 年 月 日																			
被保険者 住所 氏名										電話番号 ()									
届出代理人 氏名																			
本人との関係() 事業者名()																			
保険者確認欄					<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 認定(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 届出の重複														
					<input type="checkbox"/> 送達先()														

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントの依頼が終了した場合、速やかに清瀬市へ提出してください。
- 2 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。