

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント 終了届出書

										区 分			
										終了			
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号								
フリガナ													
					個 人 番 号								
					生 年 月 日								
					大・昭		年		月		日		
介護予防サービス計画の作成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				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒					
				電 話 番 号									
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サ ー ビ ス 終 了 年 月 日								
					年		月		日				
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを終了する場合の理由等													
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する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する場合のみ記入してください。													
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒					
				電 話 番 号									
居宅介護支援事業所番号					サ ー ビ ス 終 了 年 月 日								
					年		月		日				
居宅介護支援事業所を終了する場合の理由等													
十日町市長 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終了することを届け出します。													
年 月 日													
住所													
被保険者						電話番号							
氏名													
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号							

(注意) 1 この届出書は、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の終了が決まり次第速やかに十日町市へ提出してください。