

介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

被保険者氏名		被保険者番号			
フリガナ					
		個人番号			
		生年月日		性別	
		明・大・昭 年 月 日		男・女	
介護予防ケアマネジメントを依頼していた地域包括支援センター					
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地			
		〒			
		電話番号 ()			
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		居宅介護支援事業所の所在地			
		〒			
		電話番号 ()			
介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した事由等					
1.自立・回復のため					
2.その他()					
終了年月日 (年 月 日)					
曾於市長 様 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼を終了したことを届け出しま 年 月 日 住所 電話番号 () 被保険者 氏名					
保険者確認欄	被保険者証				
	証回収	有・無		証交付	有(年 月 日)・無
備考					

- (注意) 1 この届出書は、「事業対象者」終了手続に使用するものです。
2 この届出書は、「事業対象者」が介護予防ケアマネジメント依頼を終了した事由が発生したとき、速やかに曾於市へ提出してください。