|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担任 | 係長 | 課長 |
|  |  |  |

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 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | |  | | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | 〒 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 依頼届出年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した事由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　川崎市内の介護保険施設へ入所・入院するため  2　川崎市外の介護保険施設へ入所・入院するため  3　要介護（要支援）認定申請を行うため  4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 終了年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| (あて先)川崎市　　区長  　上記の地域包括支援センターと「事業対象者」としての介護予防ケアマネジメントの依頼を終了したことを届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　住所  　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　(　　)  　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1　この届出書は、「事業対象者」終了手続きに使用するものです。太枠内のみ記入してください。

　2　この届出書は、「事業対象者」が地域包括支援センターと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、速やかに区役所又は地区健康福祉ステーションへ提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者記入欄 | |
| 受付日 |  | | 入力日 | |  | 証回収 | 有 ・ 無 |
| 証交付 | 有（　　年　　月　　日）  無 | | | 備考 | | | |