

担任	係長	課長

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼終了届出書

被保険者氏名										被保険者番号									
フリガナ																			
										生年月日									
										年 月 日									
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼していた事業者																			
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									
居宅（介護予防）サービス計画作成依頼の契約を終了した事由等																			
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 居宅（介護予防）サービスの利用に係る計画を自ら作成するため																			
4 その他()																			
										終了年月日									
										年 月 日									
(宛先)川崎市 区長																			
上記の居宅介護（介護予防）支援事業者又は（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者との居宅（介護予防）サービス計画作成依頼の契約を終了したことを届け出ます。																			
年 月 日																			
住所										電話番号 ()									
被保険者																			
氏名																			

注1 太枠内のみ記入してください。

- この届出書は、事業者との居宅（介護予防）サービス計画作成依頼の契約を終了したときに、速やかに区役所へ提出してください。
- 居宅（介護予防）サービス計画作成を新たに事業者に依頼するときは、必ず区役所に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。

受付日		入力日		証回収日		証交付	
<input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 住所地特例届出						取扱者	
備考							