

第3号様式（第7条関係）

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 フリガナ		被保険者番号								
		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 太枠内のみ記入してください。

2 この届出書は、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、速やかに区役所へ提出してください。