

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		被保険者番号	
フリガナ ●● ●●		0 0 1 1 1 1 1 1 1 1	
●● ●●		生年月日	
		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	
■■ 地域包括支援センター		〒111-1111	
		川崎市〇〇区〇〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号 044 (200) 0000	
事業所番号		依頼届出年月日	
1 4 9 9 9 9 9 9 9 9		令和7年6月1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	
		令和7年10月31日	
(あて先)川崎市 川崎 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。			
令和7年 11月 1日			
住所 川崎市〇〇			
被保険者			
氏名 ●● ●●			

事業対象者」の終了年月日を記載してください。

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。