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 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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。