

第3号様式（第7条関係）

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。

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