

介護予防サービス計画作成依頼・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

		処理日 /	
被保険者氏名	被保険者番号		
フリガナ	生年月日	性別	
	大・昭 年 月 日	男・女	
〒 - 住所			
電話番号 ( )			

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントの契約を終了する事業者	
事業者番号	
事業者名	事業者の所在地 〒 - 住所 電話番号 ( )

適用終了年月日(サービス利用終了年月日)
令和 年 月 日

<p>契約を終了する場合の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 契約をした被保険者が施設に入所をして在宅サービスを利用しなくなった為</p> <p><input type="checkbox"/> 契約をした被保険者の希望により終了となった為</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
--

<p>鴨川市長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者との介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントの契約を終了したことを届出します。</p> <p>令和 年 月 日 ※窓口への提出年月日をご記入してください</p> <p>届出者名</p> <p>[ 被保険者との関係 1. 本人 2. 家族 3. 事業者 4. その他( ) ]</p>
--

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成を終了することが決まり次第、速やかに
- 2 適用終了年月日を記入の上、必ず鴨川市に届出てください。
- 3 被保険者が死亡されて契約終了した場合は、届出は必要ありません。