

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼取消し届出書

個人番号		区分	
		要支援 1・2 事業対象者	取消し
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	
		明・大・昭	
		年 月 日	
介護予防サービス計画作成を依頼していた介護予防支援事業者 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			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地 〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託していた居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託していた場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		事業所の所在地 〒	
		電話番号 ()	
終了年月日		年 月 日	
終了事由		1 施設入所のため (施設名) 2 その他契約終了のため	
志木市長 様			
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に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を依頼していましたが、取消しをします。			
年 月 日			
被保険者	住所		
	氏名		
	電話番号 ()		
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複	

(注意) 1 この届出書を提出後、再び介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼をするときは、あらためて、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を提出してください。

受付	入力	照合