

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(中止)届出書



介護予防サービス計画作成届出書		区分	
介護予防ケアマネジメント依頼届出書		中止	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	
		性別	
		明・大・昭 年 月 日	
		男・女	
介護予防サービス計画の作成を依頼していた居宅介護(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			
事業者の事業所名	事業所の所在地	〒 —	
		電話番号 ()	
	事業所番号		
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 ※介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成が委託の場合のみ記入してください。			
受託事業所名	事業所の所在地	〒 —	
		電話番号 ()	
	事業所番号		
中止する場合の事由等			
1. 施設サービスの利用開始【施設名:	入所年月: 年 月 日】		
2. 在宅サービスの利用中止			
3. その他	[]		
いの町長 様			
上記の介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼を中止することを届け出ます。			
年 月 日			
被保険者	住所		
	氏名	電話番号 ()	
中止日	年 月 日 (中止する日をご記入ください。)		

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼を中止する場合、速やかにいの町へ提出してください。
- 今後、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、再度、「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」をいの町に提出してください。

提出先 〒781-2110 いの町1400番地(すこやかセンター伊野内)
いの町ほけん福祉課 高齢福祉係 介護保険担当
電話番号 088-893-3810

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
--------	---------------------------------	--------------------------------