介護予防ケアマネジメント終了届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 |  |  |  | | | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | 個人番号 |  |  |  | | | |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | |
| 生 年 月 日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防ケアマネジメントを終了する地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター名 | | |  | 所在地 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 終了した事由等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 終了年月日　　（　　　　年　　　月　　　日　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南さつま市長　様  　　　　介護予防ケアマネジメントを終了したことを届け出ます｡  　　　　　　　　　年　　　月　　 日    事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | □　被保険者資格　□　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　介護予防支援事業者事業所番号 | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |

（注）１この届出書は、本庁又は支所介護保険担当係へ提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 窓口に来た人 | 個人番号の確認 | 身元確認書類 | |
| * 申請者本人 * その他   （氏名　　　　　　　続柄　　　）  □委任状  □申請者の身分証明書  □その他（　　　　　　　　　　） | □ 個人番号カード  □ 通知カード  □ 住民票の写し  □ その他（　　　 　 　） | １点 | □個人番号カード　□運転免許証  □介護支援専門員証  □その他（　　　　　　　　　） |
| ２点 | □介護保険証　　□健康保険証  □年金手帳・年金証書  □その他（　　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応職員（　　　　　　　　　　　　　　　）