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（　　　　　　　　　　　　　　　）