居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント終了届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　　　別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □介護　　□介護予防　　□事業対象 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | **０** | | **０** | | **０** | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを終了する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | 〒　　 　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 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終了する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る場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | |  | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 　　　(　　 　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを終了する理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 終了年月日（　　 　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 越前町長　様  　　上記の居宅介護支援事業所・介護予防支援事業者（地域包括支援センター）との居宅（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終了したことを届け出します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | 住所  氏名  電話番号　　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | * 被保険者資格　　□　届出の重複　　□　事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |

（注意）１　この届出書は、居宅（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終了した

ときに越前町へ提出してください。

２　新たに居宅（介護予防）サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼するとき

は、居宅（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届出書を必ず越前町へ

届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくこと

があります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 入 力 |  | 受 付 |  |