

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

区分

取消し

|  |  |                                 |  |                                |                                   |   |  |  |  |
|--|--|---------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|
| 被保険者氏名   |  | 被保険者番号                          |  |                                |                                   |   |  |  |  |
| フリガナ   |  |                                 |  |                                |                                   |   |  |  |  |
|  |  | 生年月日                            |  |                                |                                   |   |  |  |  |
|  |  | 年                               |  | 月                              |                                   | 日 |  |  |  |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼していた介護予防支援事業者<br>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<br>地域包括支援センター名  |  |                                 |  |                                | 介護予防支援事業所の所在地 〒<br>地域包括支援センターの所在地 |   |  |  |  |
|  |  |                                 |  |                                | 電話番号 ( )                          |   |  |  |  |
| 介護予防支援事業者事業所(地域<br>包括支援センター)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する居宅介護支援事業所<br>※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して<br>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 ( )                          |   |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所番号  |  |                                 |  |                                |                                   |   |  |  |  |
| 事業所を取り消しする事由等  |  |                                 |  |                                |                                   |   |  |  |  |
|  |  |                                 |  |                                | 取消し年月日<br>( 年 月 日付)               |   |  |  |  |
| <p>日進市長 あて</p> <p>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の作成又は介護予<br/>防ケアマネジメントを依頼していましたが、取り消しをします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所<br/>被保険者<br/>氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> |  |                                 |  |                                |                                   |   |  |  |  |
| 保険者確認欄   |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 |  | <input type="checkbox"/> 届出の重複 |                                   |   |  |  |  |

(注意事項)