

様式9 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終了届出書

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号			
フリガナ							
				生 年 月 日			
介護予防サービス計画の作成を実施していた介護予防支援事業所 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）していた地域包括支援センター							
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地		〒			
				電話番号 ( )			
<p>那須塩原市長 様</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防ケアマネジメントを依頼しておりましたが、中止・終了することを届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所 電話番号 ( ) 氏 名</p>							
確認欄		<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト非該当 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号					

(注意) 1 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終了することが決まり次第速やかに那須塩原市へ提出してください。

2 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。