居宅介護（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

第１２条関係―任意様式

|  |  |
| --- | --- |
| 個　　人　　番　　号 | 被　保　険　者　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 被　保　険　者　氏　名 | 生　年　月　日 | 性　別 |
| （フリガナ） |  | （ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ） | 男 ・ 女 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成を依頼していた事業者 |
| 事業者の事業所名 |  | 事業所の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号　　　　　（　　　　） |
| 居宅介護（介護予防）サービス計画の作成依頼の契約を終了した事由等 |
| 　１　富良野市内の介護保険施設に入所（入居）するため（特定施設、ＧＨ等入居施設も含む） |
| 　２　富良野市外の介護保険施設に入所（入居）するため（特定施設、ＧＨ等入居施設も含む） |
| 　３　長期の入院となるため |
| 　４　居宅介護（介護予防）サービスの利用に係る計画を自ら作成するため |
| 　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 終 了 年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 富良野市長　　様　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者（地域包括支援センター）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者とのサービス計画の作成依頼の契約を終了したことを届け出ます。年　　　月　　　日　　　　　　　　住　所被保険者　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| 代　理　人 | 　※届出者が被保険者から委任された代理人の場合に記入して下さい。 |
| 委任年月日　　（　　　　　年　　　月　　　日）　　　　　　　　住　所被保険者　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）　　　（被保険者との関係） |
| ※保険者確認欄 | □　被保険者資格 |
| □　居宅介護支援事業者事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |