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 | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |