様式第２号（第６条関係）

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 | 性別 |
| 明・大・昭　　　　　　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 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 |
| 地域包括支援センター名 |  | 地域包括支援センターの所在地 |  |
|  | 〒電話番号　　　 |
| 介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した事由等 |
| 　１．要介護認定（要支援認定）を受けたため　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　 終了年月日　　　年　　　月　　　日 |
| （あて先）山元町長　上記の地域包括支援センターと「事業対象者」としての介護予防ケアマネジメントの依頼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 |