

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を受託していた居宅介護支援事業者									
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地						〒	
<p>柏崎市長 様</p> <p>上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントの依頼を終了することを届出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所 または 氏名 電話番号 () 代理人</p>									
ケアマネジメント終了の理由（※該当する番号に○印を）									
<p>1. 状態が改善し、基本チェックリストで非該当となった。</p> <p>2. 介護予防サービスを当分利用しない。</p> <p>3. 病院に入院した。（病院名)</p> <p>4. 介護認定を受け、要介護状態になった。</p> <p>5. 市外に転出した。</p> <p>6. その他 ()</p>									
今後のフォロー（関わり）について（※該当する番号に○印を）									
<p>1. フォロー（関わり）の必要はない。</p> <p>2. フォロー（関わり）が必要である。 その理由 ()</p>									
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター番号 _____							

(注意)・この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼されていた事業所等がケアマネジメント終了時、速やかに柏崎市へ提出してください。
・状態が改善し終了する場合は、基本チェックリストを添付してください。