□ 居宅サービス計画作成

□ 介護予防サービス計画作成 終了連絡票

□ 介護予防ケアマネジメント

平成　　年　　月　　日

西都市健康管理課介護保険係　 御中

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | 被　保　険　者　番　号 | | |
| フリガナ | | |  | | |
|  | | |
| 生　年　月　日 | | |
| 明治・大正・昭和 | | |
| 年　　　月　　　日 | | |
| 居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントをしていた事業所 | | | | | |
| 事業者の事業所名 |  | | 事業所の所在地 | | 〒 |
|  | | |  | | |
| 電話番号（　　　　）　　－ | | |
| 介護予防支援の一部業務を実施する事業者 | | |  | | |
|  | | | | | |
| 契約を終了した事由等 | | | | | |
| □ 介護保険施設・有料老人ホーム等に入所（居）したため  （施設等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  □ 医療機関に入院したため  （医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　）  □ 被保険者が他の居宅介護支援事業所と契約したため  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　 ） | | | | | |
|  | | 終了年月日 | | 平成　　年　　月　　日 | |
| その他連絡事項 | | | | | |
|  | | | | | |

注１　この連絡票は、被保険者と居宅（介護予防）サービス計画の作成契約を終了したときに、ご提出いただきますようご協力をお願いいたします。

　２　被保険者が亡くなられた場合は、ご提出いただく必要はありません。

　３　居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護ケアマネジメントを依頼された場合は、新たに居宅（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（変更）届書をご提出いただく必要があります。