□ 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

　　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 | 　　　　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。