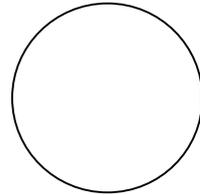


事業者確認欄

入力者サイン 確認者サイン



※太枠内を記入してください。

介護予防サービス計画作成依頼終了届出書

		区 分	
		終了	
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		男 ・ 女	
年 月 日			
介護予防サービス計画作成依頼を終了する地域包括支援センター			
名称	所在地 〒 -		
	電話番号 () -		
委託事業者の事業所名			
作成依頼終了の事由等			
		終了年月日	
		(令和 年 月 日付)	
砺波地方介護保険組合 理事長 宛			
上記の地域包括支援センターに依頼していた介護予防サービス計画作成依頼契約を終了したので届出します。			
令和 年 月 日			
被保険者 住 所 富山県			
氏 名			
電話番号 () -			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター事業所番号		

(注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成依頼を終了する際に、速やかに地域包括支援センターへ提出してください。