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
	明・大・昭　　年　　月　　日

終了する場合の事由等	※該当するものに〇をし、事由を記入して下さい。

１．施設入所（入所施設：　　）

２．その他（　　）

終了年月日
（　　年　　月　　日付）

３．介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの委託先のみを終了する場合
（委託先：　　）

終了年月日
（　　年　　月　　日付）

介護保険課　あて

上記、被保険者への居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを終了することを届出します。

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

電話番号　　（　　）

事業所番号	

注意　１　この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを終了することが決まり次第速やかに南魚沼市へ提出してください。

２　被保険者が死亡されて契約終了した場合は、届出は必要ありません。

保険者確認欄		入力	確認	受付