

参考様式

居宅介護サービス計画作成廃止届出書
 介護予防サービス計画作成廃止届出書
 介護予防ケアマネジメント廃止届出書

太枠の中を記入してください。

区 分
廃止

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号							
フリガナ									
		個 人 番 号							
居宅介護サービス計画作成を廃止する事業者（小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護含む） 介護予防サービス計画作成を廃止する介護予防支援事業者（介護予防小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護含む） 介護予防ケアマネジメントを廃止する地域包括支援センター 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを解約する居宅介護支援事業者									
事業者の事業所名・所在地			事業所番号						
〒									
電話番号（ ） —									
廃止する場合の事由									
廃止年月日（ 年 月 日付）									
（あて先）浜松市長 居宅介護サービス計画作成、介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメントの廃止について届け出ます。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号（ ） — 氏名									
浜松市確認欄		受 付	入 力	確 認	備 考				

（注意） 1 この届出書は、契約を解除した場合や介護保険施設などに入所する場合など、今後、居宅介護支援等を受けなくなった場合に浜松市へ提出してください。