（ 様式3 ）

事業対象者

事業対象者有効期間・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

・ この届出書は事業対象者有効期間及び介護予防ケアマネジメントを有効期間を満了する前に終了するための様式です。
・ 当該届出書の提出先は、介護予防ケアマネジメントを依頼している地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）となります。

● 被保険者の情報

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	□ 明治 □ 大正　　年　　月　　日 □ 昭和
被保険者氏名			

● 事業対象者有効期間及び介護予防ケアマネジメントの依頼を終了する日

終了年月日	令和　　年　　月　　日	※提出日以降の終了は行えません。

● 介護予防ケアマネジメントを依頼している地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）の情報
→ 指定介護予防支援事業所の登録情報をご記入ください。

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒　　－　　電話番号：　　－　　－

● 届出内容の確認/署名

神戸市長　宛

上記のとおり、事業対象者有効期間及び介護予防ケアマネジメントの依頼を終了することを届出します。

令和＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

被保険者氏名（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 以下、神戸市記入欄 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

特記事項	市受付		入力担当	