

藤 沢 市 長 様

サービス計画等委託証明書

介護予防サービス・支援計画書の作成にあたり、次のとおり指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務について委託していることを証明します。

区 分	☐ 新 規										
	☐ 変 更	変更理由 ☐ 本人の希望 ☐ 委託先事業所の事情 () ☐ 包括直営 ☐ その他 ()									
委 託（変 更）年 月 日		年 月 日									
被保険者	被保険者番号										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
委 託 先 居 宅 介 護 支援事業所	事業所番号										
	名 称										
	電話番号	()									

年 月 日

所在地：_____

名 称：_____

電話番号：_____

【市処理欄】（ ☐ 同日居宅 ）

受 付	入 力	審 査	受 付	・	・
			入 力	・	・
			審 査	・	・
前・解除					