令和　　年　　月　　日

　四 国 中 央 市 長 寿 支 援 課 長 　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 所 名

介 護 予 防 支 援・介護予防ケアマネジメント 担 当 者 変 更 報 告 書

　担当者が下記のとおり変更となりますので報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　名 | 現 担 当 者 | 新事業所名 ※1 | 新 担 当 者 | 変 更 日 | 利用者同意の有無 | 支援計画書の有効期限 | 摘　　要（交代理由等） |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |
|  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 迄 |  |

※１：担当事業所が変更となる場合のみ記載して下さい。

※２：欄が不足する場合は、複写して記載して下さい。