町田市いきいき生活部介護保険課給付係　適正化担当　宛

提出日　　年　　月　　日

主任介護支援専門員在籍確認届

事業所名		所属圏域	
管理者名		事業所番号	

（１） 回答欄に「いる」もしくは「いない」を記載してください。

事業所内に**主任**介護支援専門員がいますか	

（２） 上記（１）の質問で「いる」と答えた場合に該当者を記載してく

	主任介護支援専門員 氏名	**主任**介護支援専門員 有効期間満了年月	主任介護支援専門員 推薦区市町村	介護支援専門員 登録地	介護支援専門員 登録番号
1		年　　月			
2		年　　月			
3		年　　月			
4		年　　月			

※4月1日時点での情報をご記入ください。その後変更が生じた場合は変更届を提出してください。
※年は西暦で記載してください。
※主任介護支援専門員がいない場合であっても、提出してください。