

受付印

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分	新規届出の場合の届出有効開始日	被保険者番号			
新規・変更	令和 年 月 日				
被保険者氏名		個人番号			
フリガナ					
		生年月日		性別	
		明・大・昭 年 月 日		男・女	
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター					
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名			介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地		
			〒		
介護予防支援事業者 事業所番号			電話番号 ()		
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※ 居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。					
居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の所在地		
			〒		
			電話番号 ()		
居宅介護(介護予防)支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の事由等					
※ 事業所を変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 (令和 年 月 日付)					
(宛先) 焼津市長 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼したことを届出ます。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 () 住所 (事業所名) 届出人 氏名 電話番号 () ※被保険者本人が届出の場合は、届出人欄の記入は不要です。					
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複				

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに提出してください。
 - 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届出をしてください。
 - 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の所在地の市町村の窓口へ提出してください。