

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



介護予防サービス計画作成届出書		区分	
介護予防ケアマネジメント依頼届出書		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		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)する居宅介護(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			
事業者の事業所名		事業所の所在地	〒 —
		電話番号 ( )	
		事業所番号	
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 ※介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成が委託となる場合のみ記入してください。			
受託事業所名		事業所の所在地	〒 —
		電話番号 ( )	
		事業所番号	
事業所を変更する場合の事由等	※ 変更する場合のみ記入してください。		
	変更年月日 ( 年 月 日付)		
いの町長 様 上記の事業者に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。  年 月 日  被保険者 住所 氏名 電話番号 ( )			
サービス利用開始日	年 月 日 (新規の方のみご記入ください。)		

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時若しくは介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護支援事業所等が決まり次第速やかにいの町へ提出してください。  
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護(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が委託されている居宅介護(介護予防)支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ずいの町に届け出てください。届け出のない場合は、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります

提出先 〒781-2110 いの町1400番地(すこやかセンター伊野内)  
いの町ほけん福祉課 高齢福祉係 介護保険担当  
電話番号 088-893-3810

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
--------	---------------------------------	--------------------------------