

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・変更

被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日
	フリガナ	年 月 日
個 人 番 号		性 別
		男 ・ 女

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者  
 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	〒389-0502
(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	〒

事業所等を変更する場合の理由等 ※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）

(届出先) 東御市長

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（変更）することを届出します。

年 月 日

住所 〒

被保険者 氏名 電話番号

上記の届出について下記の者に委任します。

年 月 日

被保険者氏名 ㊟

住所 〒

代理人 氏名 電話番号

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

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又は、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が、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要のある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

注 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業者又は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が決まり次第速やかに提出してください。

2 介護予防サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届出してください。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。

《 委任確認欄 》

私は、保険証の受領を上記の居宅介護支援事業所に委任します。

住所

委任者署名（被保険者） ㊟