

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						個 人 番 号							
被 保 険 者 氏 名						生 年 月 日				性 別			
フリガナ						年 月 日				男 ・ 女			
介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する地域包括支援センター 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													
地域包括支援センター名						地域包括支援センターの所在地						〒	
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 番 号						電 話 番 号 ( )							
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由													
※ 変更する場合のみ記入してください。													
介護予防支援又は介護予防マネジメントサービス開始 (変更) 年月日						年 月 日から							
<p>都城市長 宛て</p> <p>上記の地域包括支援センター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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>被保険者 住所 .....</p> <p style="padding-left: 100px;">氏名 ..... 電話番号..... (.....)</p>													

- (注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに提出してください。提出するときは、必ず被保険者証を添えてください。
- 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、必ず届け出てください。
- 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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

個人番号確認	代理人確認	備 考