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

※ 介護保険被保険者証（ピンク色）を添付して下さい。

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	生年月日
	年　　月　　日
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所また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	事業所番号
〒　　－ 電話番号（　　）　－	
（一部委託の場合のみ記入） 介護予防支援また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	事業所番号
〒　　－ 電話番号（　　）　－	

開始（変更）年月日
年　　月　　日
事業所等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。）
介護予防小規模多機能型居宅介護の利用開始月における利用開始前の介護予防サービス等の利用の有無
□介護予防サービス、総合事業の利用有　　□介護予防サービス、総合事業の利用無 介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの利用期間［　年　月　日～　年　月　日］

明　石　市　長　様

上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼すること等を届出します。

年　　月　　日

被保険者　住　所

氏　名　　電話番号（　　）　－

届出事業者名 住所 担当者氏名　　電話番号（　　）　－	本人との関係 親族 事業所 その他（　　）

保険者確認欄	□　申請中（新規･更新･変更･介護） 年　月　日　申請 □　（被保険者証・資格者証）交付	□　同日受付 □　被保険者証等（回収・紛失届・不要） □　転入継続

（注意）1　この届出は、介護予防サービス計画の作成また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届け出てください。また、事業所を変更するときは、変更年月日･変更する事由を記入のうえ届け出てください。

2　届け出のない場合、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。

備　考	センター確認印

課　長	係　長	入　力	受　付