

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）・自己作成届出書

										区 分	
										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						
介護予防サービス計画 （介護予防ケアマネジメント）作成区分				委託 ・ 自己		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					
介護予防サービス計画作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼（変更）する 介護予防支援事業者・地域包括支援センター											
介護予防支援事業所 ・ 地域包括支援センター 名				介護予防支援事業所 ・ 地域包括支援センター の所在地				〒			
								電話番号 ()			
介護予防支援事業所・地域包括支援センター 番号				サービス開始（変更）年月日							
				令和 年 月 日							
介護予防支援事業所・地域包括支援センター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。											
介護予防支援（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（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 ()			
居宅介護支援事業所番号				サービス開始（変更）年月日							
				令和 年 月 日							
居宅介護支援事業所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。											
由利本荘市長 様 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（介護予防ケアマネジメント）を依頼すること、若しくは、介護予防サービス計画を自己作成することを届け出ます。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住 所 電話番号 () 氏 名											

- （注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画作成（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由利本荘市長へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成（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（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上、必ず由利本荘市長へ届け出てください。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。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所・地域包括支援センター番号										