

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

受付印

たつの市長 様

次の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。

※太枠内を記入し、たつの市地域包括支援センターへ提出してください。介護予防支援事業者へ提出代行を委任することもできます。なお、居宅介護支援事業所等が担当する場合、居宅介護支援事業者等記入欄に記載の上、たつの市地域包括支援センターへ提出して下さい。

☐ 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	
被保険者番号										届出年月日	年 月 日
個人番号										開始年月日	年 月 日
被 保 険 者	フリガナ								生年 月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名								性 別		
	住 所	〒 — 電話番号（ ） —									

私は、下記の事業者はこの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）届出書と介護保険被保険者証を預け、提出の代行を依頼します。

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																				
介護予防支援事業者の事業所名・番号						事業所の所在地		〒 6 7 9 - 4 1 9 2												
<table><tr><td>2</td><td>8</td><td>0</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>						2	8	0	3	6	0	0	0	1	0	たつの市龍野町富永 1 0 0 5 番地 1				
2	8	0	3	6	0	0	0	1	0											
たつの市地域包括支援センター						TEL (0 7 9 1) 6 4 - 3 1 9 7														
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等 ※居宅介護支援事業者等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。																				
居宅介護支援事業者等の事業所名・番号						事業所の所在地		〒 —												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																TEL () — 担当介護支援専門員：				
事業所を変更する場合の事由等						※事業所を変更する場合のみ記入してください。														
・ 事由						・ 変更年月日 年 月 日														

1. この届出書は、要支援認定時もしくは、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居宅介護支援事業所等が決まり次第、速やかにたつの市地域包括支援センター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事業所を変更するときは、変更年月日等を記入のうえ、必ずたつの市地域包括支援センターへ届出をしてください。
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。
3. 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添付してください。

市確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出入力（介護）	☐ 届出入力（包括）
------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------