

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
（要支援、事業対象者）

										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									
					年 月 日									
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 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										
				〒 -										
				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				〒						
				住所 電話番号 ()										
サービス開始（変更）年月日				事業所を変更する場合の理由等（※変更の場合のみ）										
年 月 日														
※上記の事業所から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを受け始める日														
丹波市長 様														
上記の介護予防支援事業者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することを届け出します。また、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実施のために必要があるときは、市から上記事業所に要介護認定にかかる調査内容、判定結果、及び主治医意見書の提示を行うことに同意します。														
令和 年 月 日														
住所														
被保険者 氏名 電話番号 ()														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業所番号												

（注意） 1 この届出書は、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する事業所等が決まり次第速やかに丹波市へ提出してください。
2 介護予防サービス計画作成若しくは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、変更年月日を記入のうえ、必ず丹波市へ届け出てください。
届け出のない場合サービスに係る費用を一旦、全額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。

処理	被保険者証添付	システム入力	被保険者証の再交付	処理者
	有 ・ 無	月 日	無・有 (月 日)	