

# 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					明・大・昭 年 月 日			男 ・ 女			
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（変更）する事業者											
事業所名					所在地		〒				
					電話番号 ( )						
介護予防支援事業者事業所番号											
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。）											
事業所名					所在地		〒				
					電話番号 ( )						
居宅介護支援（介護予防支援）事業者事業所番号											
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。）											
開始（変更）年月日			令和 年 月 日								
上記の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出します。											
令和 年 月 日											
被保険者 住所											
氏 名											
電話番号 ( )											
岩 沼 市 長 殿											
届出に來られた方 ※上記の被保険者本人の場合は記入する必要はありません。											
住所											
氏 名											
電話番号 ( )											
本人との関係（事業者 ・ 家族 ・ 代理人 ・ その他）											

- (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者が決まり次第速やかに岩沼市へ提出してください。
2. 介護予防サービスの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、また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、必ず岩沼市へ届けてください。  
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。

市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	収 受									
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										