

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	要支援者 ・ 事業対象者
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号	
フリガナ		
	個 人 番 号	
	生 年 月 日	
	明・大・昭 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（ ） -	
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	
	〒	
	電話番号（ ） -	
事業所番号		
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の開始年月日 (変更の場合は変更日)	年 月 日付	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 (※変更する場合のみ記入)		
<p>(あて先) 一宮市長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号（ ） -</p>		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成又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一宮市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の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（地域包括支援センター）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、必ず一宮市に届出ください。届出のない場合は、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。