

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 | <input type="checkbox"/> 新規 |
| | <input type="checkbox"/> 変更 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|-------|--|-------------------------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 氏 名 | | | | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | |
| (ふりがな) | | | | | | | | | | | |
| | | | | 個 人 番 号 | | | | | | | |
| | | | | ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 性 別 | | 男 ・ 女 | | | | | |

介護予防サービス計画の作成を依頼（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

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 名 | | | | 事 業 所 の 所 在 地 | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | 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 | | | | | | | |
| | | | | 〒 | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由 ※変更の場合のみ記入 | | | | 介護予防支援・介護予防マネジメント開始日（変更年月日） | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | | | | | |

上野原市長 あて
上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に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ことを届出します。
年 月 日
被保険者 住 所
氏 名
電 話 番 号

- 注意
- この届出書は、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等が決まり次第速やかに市へ提出してください。
 - 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。
 - 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 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | <input type="checkbox"/> 届出の重複 | <input type="checkbox"/> 入力日 | <input type="checkbox"/> 備考 |
| | | | | |