

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

認定区分	事業対象者 ・ 要支援 ・ 認定申請中	届出区分	新規 ・ 変更
フリガナ		被保険者番号	
氏名		個人番号	
		生年月日	年 月 日
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			
介護予防支援事業所名 ・ 地域包括支援センター名		事業所（センター）の所在地	〒 -
		電話番号 （ ）	
事業所（センター）番号		サービス開始（変更）年月日	年 月 日
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
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 （ ）	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	年 月 日
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 様			
上記の介護予防支援事業者又は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け出ます。			
年 月 日 〒 -			
住所 被保険者氏名		電話番号 （ ）	
※ 氏名は自署。（代筆可）			
<input type="checkbox"/>	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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 ※ 同意する場合は、□に✓を記入してください。 ※ 事業対象者の方は、✓は不要		

（注 意）

- 1 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介護保険事務所（市町介護保険窓口）へ提出してください。
- 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上、必ず介護保険事務所（市町介護保険窓口）へ届け出てください。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 住所の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区町村の窓口へ提出してください。
- 4 届出の際は、介護保険被保険者証、又は介護保険資格者証を添えて提出してください。なお、介護保険被保険者証には届出年月日が印字されます。

項目	市町介護保険窓口処理欄	介護保険事務所処理欄
届出書提出者	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他（ ）	/
介護保険システム入力	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 入力（確認）済
被保険者証発行	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請中未発行	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行 <input type="checkbox"/> 申請中未発行
受付印		