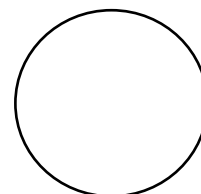


入力	確認
----	----



※太枠内をご記入ください。

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					男 ・ 女				
										年 月 日									
介護予防サービス計画作成・介護予防マネジメントを依頼する介護予防支援事業者及び地域包括支援センター																			
名称										所在地 〒 —									
サービス開始(予定)日										年 月 日					電話番号 () —				
委託事業者の事業所名																			
介護予防支援事業所若しくは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。																			
										変更年月日					年 月 日付				
中新川広域行政事務組合 管理者 宛 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け出します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名																			
保険者確認欄 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 被保険者証記入 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター等事業所番号																			

- (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際に、速やかに地域包括支援センターへ提出してください。
- 2 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介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更するときは、変更年月日を記入の上、地域包括支援センターに届け出してください。
- 3 申請者は本人又はその家族・親族に限ります。