

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 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	
		性 別	
		男 ・ 女	
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 ()	
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所 ※居宅介護支援事業所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 ()	
介護予防支援事業所も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)			
大槌町長 様 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 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ()			
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"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	

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事業所等が決まり次第速やかに保険者へ提出してください。

2 介護予防サービス計画作成も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）又は介護予防支援も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、必ず保険者へ届け出てください。
 届け出が無い場合、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。