

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

個人番号										被保険者番号									
										0 0 0 0									
フリガナ										生年月日					大・昭 年 月 日				
被保険者氏名																			

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

事業者名 ・ 所在地 電話番号	〒	電話番号												
事業所番号														

介護予防支援又は介護予防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下さい。

事業者名 ・ 所在地 電話番号	〒	電話番号												
事業所番号														

サービス計画作成開始・変更日	年 月 日付									
----------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所を変更する場合の事由等（※事業所を変更する場合のみ記入してください）

稲城市長 様
 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。

令和 年 月 日

住所
 被保険者
 氏名 電話番号

事業対象者の場合はこちらにチェックしてください。

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あたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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。

令和 年 月 日 本人氏名 _____

- 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等が決まり次第速やかに稲城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、必ず稲城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。
 - 住所地特例の対象となる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
 認定：支1・支2（ . . ~ . . ）

入力日：