

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）等届出書

※上記介護予防サービス計画 または 介護予防ケアマネジメントのどちらかを○で囲むこと

区 分

新規・変更・終了

被保険者氏名		被保険者番号									
ふりがな											
		生 年 月 日						性 別			
		明・大・昭 年 月 日						男・女			
1 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		事業所の所在地		〒							
サービス開始（予定）年月日		年 月 日		電話番号（ ）							
居宅介護支援専門員等		氏 名				登録番号					
介護予防支援事業者事業所番号											
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											
居宅介護支援事業所名		事業所の所在地		〒							
				電話番号（ ）							
居宅介護支援専門員		氏 名				登録番号					
居宅介護支援事業所番号											
事業所等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。		変更年月日（ 年 月 日付）									
2 現在の介護予防サービス計画の作成を終了											
計画作成終了の事由		終了年月日（ 年 月 日付）									
施設入所・入院・他町村へ転出・死亡・その他（		）									
網 走 市 長 様 上記のとおり届出します。 年 月 日 住 所 網走市 被保険者 電話番号（ ） 氏 名											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格（ ） ☐ 届出の重複（ ） ☐ システム入力（ ） ☐ 被保険者証発行（ ）									

（注意）

- この届出書は、新規作成または計画作成事業者を変更する場合等に提出して下さい。
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所へ相談をして、市の介護保険係へ提出してください。（介護予防支援事業者を通じ提出して下さい。）
- 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市の介護保険係に届け出してください。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。