

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 タジミ タロウ	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
多治見 太郎	個人番号
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	生 年 月 日
明・大 昭 ○年 ○月 ○日	男

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	小規模 <input type="checkbox"/>	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	〒507-0000
〇〇地域包括支援センター		多治見市〇〇町〇丁目〇番地	
〇〇居宅介護支援事業所 (直接担当する場合)		電話番号 0572 ( 00 ) 0000	

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	〒
〇〇居宅介護支援事業所	多治見市〇〇町〇丁目〇番地	
	電話番号 0572 ( 00 ) 0000	

介護予防支援事業所若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

変更の場合、理由と変更日を記入してください。

変更年月日 ( 年 月 日付)

多治見市長  
上記の介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) 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させていただきます。

ここに記載された日付をサービス開始年月日として登録します。

〇年 〇月 〇日

住 所 多治見市〇〇町〇丁目〇番地の〇

被保険者氏名 多治見 太郎 電話番号 0572 ( 00 ) 0000

(本人が自署しないときは、押印してください)

本人の自署又は押印をいただいでください。(家族の代筆でも可)

保険者確認欄  被保険者資格  届出の  介護予防支援事業者事業所 (地域包括支援センター) / 居宅

無 )

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が介護予防支援の提供にあたり、被保険者判定、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。

本人の自署又は押印をいただいでください。(家族の代筆でも可)

令和 〇年 〇月 〇日 氏名 多治見 太郎

- (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多治見市長へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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うえ、必ず多治見市長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。
- 3 住所地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町村の窓口へ提出してください。