

## 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

記載例

		区 分											
		新規	変更										
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号											
フリガナ	カイゴ イチロウ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
介 護 一 郎		個 人 番 号											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
		生 年 月 日						性 別					
		明・大・昭 10年 1月 1日						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													
地域包括支援センター名および事業者番号						地域包括支援センターの所在地							
地域包括支援センター▲▲▲						〒▲▲▲-▲▲▲▲							
5 5 5 5 5 5 5 5 5 5						函館市▲▲町▲番▲号							
						電話番号 ▲▲局▲▲▲▲番							
介護予防支援また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 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援また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および事業者番号						居宅介護支援事業所の所在地							
居宅介護支援事業所□□□						〒□□□-□□□□							
						函館市□□町□番□号							
						電話番号□□局□□□□番							
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。													
転居のため。													
						変更年月日							
						(令和3年3月5日付)							
区分が【変更】の場合は変更年月日 と同日としてください。													
(あて先) 函館市 上記の介護予防 介護予防ケアマネジメントを行うことを届け出します。													
令和3年3月5日													
住 所 函館市○○町○番○号						電話番号 ○○局○○○○番							
被保険者 氏 名 介 護 一 郎													
備 考													

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、または、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事業所が決まり次第、速やかに函館市に提出してください。
- 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）、または、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、必ず函館市に届け出てください。届け出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 太線の中のみ記入してください。