

記入例①

基本チェックリスト実施日において
要介護または要支援認定者でない場合

様式第1号（第17条関係）

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 ● ● ● ●	番号を記載
● ● ● ●	個 人 番 号
	※本人記載か、委任状を受け市が記載
	生 年 月 日
	年 月 日
性別	
男・女	
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 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 〒
該当地区の地域包括支援センター情報を記載	
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 〒 307-〇〇〇〇
☐ ◆居宅介護支援事業所	茨城県結城市大字結城〇〇〇〇番地 電話番号 0296 (〇〇) 〇〇〇〇
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 ※変更する場合のみ記入してください。	
届出年月日 年 月 日付)	
結城市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に、年 月 日から 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け出します。	
年 月 日 住 所 茨城県結城市大字結城〇〇番地 被保険者 氏 名 ● ● ● ●	電話番号 0296 (〇〇) 〇〇〇〇
確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業 ※事業者番号を記載してください。

注

- 1 この届出書は、介護予防サービス計画次第速やかに結城市へ提出してください
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは地域包括支援センター又は介護予防支援若しくは変更するときは、変更年月日を記入のうえ費用を一旦、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、施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

この日付が「事業対象者」としての有効
開始年月日になります。※基本チェックリスト実施日より前になることは
ありません。(同日は可)