

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 <b>新規・変更</b>	
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	性別
年 月 日		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			
例： 認定有効期間が3月31日までの要支援1相当認定者が更新申請せずに「事業対象者」の手続きを行う場合			
介護予防支援事業所名		〒 307-0000	
※変更する場合のみ 届出年月日 (認定有効期間終了日の翌日1日の日付)		0296 (00) 0000	
結城市長 様		〇〇年 4月 1日 から	
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け出します。			
住所 茨城県結城市大字結城〇〇番地		電話番号 0296 (00) 0000	
被保険者氏名 ●● ●● ●● ●●			
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（ ※事業者番号を記載してください。		

例： 認定有効期間が3月31日までの要支援1相当認定者が更新申請せずに「事業対象者」の手続きを行う場合

届出年月日  
(認定有効期間終了日の翌日1日の日付)

〇〇年 4月 1日 から

認定有効期間満了日までに、  
認定有効期間終了日の翌日1日付で  
提出してください。  
※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。

注  
1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成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介護予防支援センター又は介護予防支援若しくは更新するときは、変更年月日を記入のうえ、必要費用を一旦、全額負担していただくことが  
3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、