様式第２号（第７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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 性　別 |
| 明・大・昭年　　　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名の所在地 | 〒 |
|  | 電話番号　　　　（　　　） |
| 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※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。 |
| ※変更する場合のみ記入してください。変更年月日（平成　　 年　　 月　 日付） |
| 二戸地区広域行政事務組合管理者　様　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。　　平成　　年　　月　　日被保険者　住所氏名電話番号 ( ) |
| 確認欄 | ☐　被保険者証資格　☐届出の重複☐　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センタ）番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

（注意）１　この届出書は、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事業所等が

決まり次第速やかにお住まいの市町村担当課へ提出してください。

　　　　２　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

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

お住まいの市町村担当課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。