様式第17号の２（第12条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護予防サービス計画作成依頼（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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 介護予防支援事業者事業所番号（事業者にて記入のこと） | | | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
|  | 事業者の事業所名 | |  | | | 事業所の所在地 | | | | | | 〒　　　－ | | | | | | |  |
|  |  | | | | | 電話番号　　（　　） | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 事業所を変更する場合の事由等 | | | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 変更年月日  （　　年　　月　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 二戸地区広域行政事務組合管理者　様  　上記指定介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住　所  　被保険者  　　　　　　氏　名　　　　　　　　印 | | | | | | | 電話番号　　（　　） | | | | | | | | | | |  |
|  | 保険者確認欄 | ◎ 届出書提出者　□ 本人　□ 家族　□ 介護予防支援事業者  ◎ 資格確認等　　□ 被保険者資格　　□ 届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| （注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時若しくは介護予防サービス計画の作成を介護予防支援事業者に依頼するとき、お住まいの市町村の担当課に提出してください。  　　　　２　介護予防サービス計画の作成を依頼する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の担当課に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |