

別記様式第1号(第11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計画作成依頼(変更)届出書

被保険者氏名	被保険者番号										区分
(フリガナ)											
氏 名	個人番号										
	生年月日										
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する指定介護予防支援事業者 又は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											
指定介護予防支援事業所名	地域包括支援センターの所在地										
	〒 住所 電話										
指定介護予防支援事業所番号											
指定介護予防支援事業所を変更する場合の理由等(事業所を変更する場合のみ記入してください。)											

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 (以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから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)													
居宅介護支援事業所名						居宅介護支援事業所の所在地							
						〒 住所 電話							
居宅介護支援事業所番号													
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等(事業所を変更する場合のみ記入してください。)													

菊陽町長 様	
上記、指定介護予防支援事業所(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。	
令和	年 月 日
被保険者住所	
被保険者氏名	電話番号

- (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、速やかに菊陽町に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記載の上、必ず菊陽町に届け出てください。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。
- 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。

＜町確認欄＞ ※この欄は記入不要です。

利用予定日	令和 年 月 日	認定申請日	令和 年 月 日 ()	受付	
番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民票 ☐ 住基ネットワーク				
申請者	☐ 本人 ☐ 代理人()				
身元確認	写真有 1点 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ その他()				
	写真無 2点 ☐ 介護保険証 ☐ 医療保険証 ☐ その他()				
確認者		確認日	令和 年 月 日	入力日	令和 年 月 日