

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

★介護保険証の支援事業所欄に以前の事業所の記載がある。
 又は再委託の開始、終了、再委託先変更のとき・・・「変更」
 ★介護保険証の支援事業所欄に事業所の記載がない。
 又は居宅介護支援事業所から介護予防支援事業所が変わるとき・・・「新規」

区分
新規 ・ 変更

フリガナ	*****
個人番号	*****
生年月日	明・大・ 昭 *年 *月 *日

介護予防サービス計画作成を依頼（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	〒 874-*****
****地域包括支援センター	別府市*****	電話番号 (**)*****
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号	サービス開始（変更）年月日	
*****	年 月 日	

介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。

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	〒 874-*****
居宅介護支援事業所****	別府市*****	電話番号 (**)*****
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日	
*****	**年 **月 **日	

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。

別府市長 あて
 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ます。

****年 **月 **日

住所 〒 874-*****
 別府市*****

被保険者 電話番号 (**)*****
 氏名 ****

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

____年 ____月 ____日 氏名 ****

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業者から別府市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者から（地域包括支援センター）又は介護支援センターへ届け出てください。届出のない場合、サービス開始日（変更）は、必ず別府市へ提出してください。
 - 住所特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所を提出してください。

個人番号の記載がある場合は記載してください。
 介護保険証持参の場合は、委任欄に記載は不要ですが、介護保険証の紛失、再交付申請中、介護認定申請中等で介護保険証がない場合は委任欄は必ず記載してください。

届出書提出者	氏名	****	届出者との関係	**
	住所	〒 874-***** 別府市*****	電話番号	()
	届出書の提出について、上記の者を代理人として委任します。			
	氏名	****	印	

保険者確認欄

被保険者資格 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ー）番号
