

# 介護予防サービス計画作成・

要支援 1・2 事業対象者

## 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
				年 月 日			男・女
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			事業所の所在地		〒		
適用開始日 ( 年 月 日 )			電話番号 ( )				
介護予防支援事業者事業所番号			担当者氏名				
			介護支援専門員番号				
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			事業所の所在地		〒		
居宅介護支援事業者事業所番号			電話番号 ( )				
			担当者氏名				
			介護支援専門員番号				
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 )				
阿久比町長 殿 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出します。 年 月 日							
【被保険者】 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話番号 _____							

- (注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第阿久比町に提出してください。(依頼する事業所に提出をお願いしても結構です。)
- 2 介護予防サービス計画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入のうえ、阿久比町に提出してください。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。
- 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。