

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	
		明・大・昭 年 月 日	
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の所在地	〒
		電話番号 ()	
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事由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (令和 年 月 日付)			
東広島市長 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。			
令和 年 月 日			
被保険者 住所			
氏名		電話番号 ()	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）番号		マスタ入力
	<input type="checkbox"/> 代理権確認：委任状・被保険者証・その他 () <input type="checkbox"/> 申請者確認：個・免・旅・障・在・専・保・その他 () <input type="checkbox"/> 番号確認：カード・職権		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画書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が決まり次第速やかに東広島市（介護保険課）に提出してください。
- 2 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介護予防支援事業所（地域包括支援センター）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず東広島市（介護保険課）に届け出てください。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。