

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											
生 年 月 日		性 別		個 人 番 号							
		明・大・昭		男・女							
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				〒			
事業所番号		4 0		電話番号							
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。											
事業者の事業所名				事業所の所在地				〒			
事業所番号				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)											
仮契約サービス利用開始日 (暫定プランを利用する場合のみ)				年 月 日							
サービス利用開始日				年 月 日							
(あて先)											
飯 塚 市 長											
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出します。											
年 月 日											
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が決まり次第速やかに下記へ提出してください。

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介護予防支援事業所又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず下記へ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。

〒820-8501
飯塚市新立岩5番5号
飯塚市役所 高齢介護課
電話番号 0948(22)5500(代)

※飯塚市確認欄

マイナンバー 確認書類	個 通 住 証 コ ネ	身元確認書類	1点 免バ障住B個ケその他() 2点 保年証学住A医その他()
----------------	----------------	--------	--------------------------------------