

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 イイツカ タロウ		0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	
飯塚 太郎			
生 年 月 日		個 人 番 号	
明・大・昭		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	
○ 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		介護予防支援事業所の所在地	
地域包括支援センター名		〒 820-XXXX	
〇〇地域包括支援センター		飯塚市△×番×号	
事業所番号		電話番号	
× × × × × × × × × ×		0948-22-XXXX	
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	
〇〇ケアプランセンター		〒 820-XXXX	
飯塚市△△×番×号			
事業所番号		電話番号	
× × × × × × × × × ×		0948-22-〇〇××	
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		令和×年 4 月 1 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。			
令和×年 4 月 1 日			
住所		飯塚市新立岩〇番〇号	
被保険者			
氏名		飯塚 太郎	
		電話番号 0948-22-55××	

**【被保険者本人について】 ※被保険者証を必ず確認すること**

- ・被保険者氏名
- ・被保険者番号
- ・生年月日
- ・個人番号（マイナンバーのこと。わからない場合は空欄で構いません）

**【介護予防支援事業者等について】**

- ・地域包括支援センターについて
  - ・事業所名、事業所番号
  - ・事業所の所在地、電話番号
- ・居宅介護支援事業者について（委託する場合のみ記入）
  - ・事業所名、事業所番号
  - ・事業所の所在地、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）
- ・仮契約サービス利用開始日（暫定プランを利用する場合）
- ・サービス利用開始日（新規でサービスを利用する場合）

} いずれの場合も利用開始（変更）  
月中に届出を行うこと。

**【届出人（被保険者本人）について】 ※被保険者証を必ず確認すること**

- ・届出日
- ・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者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者を変更するときは、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 介護保険課  
電話番号 0948(22)5500(代)