

記入例

(介護保険証を添付ください。)

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										
被保険者番号										個人番号											
0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0
被保険者氏名										生年月日											
フリガナ イイダ タロウ										明・大 昭 2 年 3 月 4 日											
飯田 太郎																					
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																					
事業所（地域包括支援センター）名										所在地 〒											
●●地域包括支援センター										飯田市大久保町●●番地											
事業所番号を記載してください。 (分からなければ、未記入でも結構です。)										電話番号●●●● (●●) ●●●●											
介護予防支援事業者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										所在地 〒											
●●居宅介護支援センター										飯田市●●町●●番地											
事業所番号を記載してください。 (分からなければ、未記入でも結構です。)										電話番号●●●● (●●) ●●●●											
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は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。																					
サービス開始（変更）年月日										6 年 3 月 1 日											
チェックリスト作成日										年 月 日											
飯田市長 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。 6 年 3 月 1 日																					
住 所 飯田市 ●●町●●番地																					
被保険者 氏 名 飯田 太郎										電話番号 ●●●(●●●)●●● (署名又は記名押印)											
保険者確認欄		□被保険者資格 □届出の重複 □事業所番号 □チェックリスト																			

- (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等が決まり次第速やかに飯田市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（地域包括支援センター）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、必ず飯田市へ届け出てください。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、その施設住所地の市町村の窓口へ提出してください。

本人・代理人	身元確認	一号書類(1点で可) 個カ・免・身・介専 ・他()	二号書類(2点) 介・各種受給証 ・他()	(左記と組合せ) 学証・社証・診 他()	聞取り確認事項	法人の場合 □登記事項証明 □社員証	確認者 /
	番号確認	□個人番号カード □通知カード □個人番号記載住民票・記載証明事項	□保有特定個人情報 □住基検索	代理確認	□法定(戸・住・成後・他) □委任状 □本人の一号/二号書類()		