介護予防・介護予防ケアマネジメント

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

※太枠の中を記入してください

区　分	新規　・　変更

被保険者番号	個人番号	
被保険者氏名	生年月日	性　別
フリガナ 明・大・昭 年　月　日		
介護予防支援事業所名（地域包括支援センター名）	地域包括支援センターの所在地	
指定事業所番号 電話番号　（　）	〒　－	
原案作成居宅介護支援事業所名	原案作成居宅介護支援事業所の所在地	
指定事業所番号 電話番号　（　）	〒	

介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント利用開始日	事業所を変更する場合の事由等
※必ず記入してください。 **令和　年　月　日**	**※事業所を変更する場合のみ記入してください。**

横須賀市長　様

上記の介護予防支援事業所（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ます。

令和　年　月　日

住所
被保険者　　電話番号　（　）
氏名

- **この届出書は、介護予防サービス計画（予防ケアプラン）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に提出してください。**
- 介護予防サービス計画（予防ケアプラン）の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、必ず新しく依頼する事業所にこの届出書を提出してください。
  届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の所在市町村の事業所に提出してください。

受　付　日	