

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・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者																						
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒																				
		電話番号 ()																				
介護予防支援・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		居宅介護支援事業所の所在地 〒																				
		電話番号 ()																				
介護予防支援事業所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。																				
		変更年月日 (年 月 日付)																				
倉吉市長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名																						
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事業所番号 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> (有・不要) 利用申請書、基本チェックリストの添付																					
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時又は、介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに倉吉市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成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、必ず倉吉市へ届け出てください。
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。

身元確認 運転免許証 介護保険証 負担割合証 医療保険証 介護支援専門員証
 その他 ()

代理権 介護保険証 医療保険証 戸籍 委任状 その他 ()

個人番号 個人カード 通知カード 住民票 システム