

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

☐ 介護予防サービス計画作成依頼届出書										区 分	
☐ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書										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				性 別		
					明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日				男 ・ 女		
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者											
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 〒						
					電話番号						
介護予防支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
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											
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。											
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						
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
うるま市長 様											
上記の介護予防支援事業所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）
- 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の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかにうるま市役所へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画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上、必ずうるま市役所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、全額自己負担していただくことがあります。
 - 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。