

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	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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	〒776-8611
吉野川市地域包括支援センター		徳島県吉野川市鴨島町鴨島115番地1	
		電話番号（0883）22-2265	
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（ ） —	
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 (令和 年 月 日付)	
吉野川市長 様			
上記の指定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け出します。			
令和 年 月 日			
住所			
被保険者氏名			
電話番号（ ） —			
被保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	
		3 6 0 1 7 0 0 0 1 0	

- (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吉野川市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、必ず吉野川市へ届け出てください。
- 3 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。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。