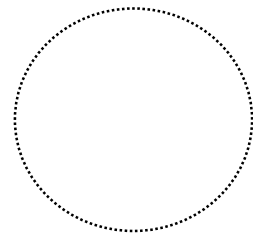


# 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書



区分		新規 ・ 変更						認定状況		認定済 ・ 申請中					
被 保 険 者	被保険者番号							個人番号							
	フリガナ							生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日						
	被保険者氏名														
	住所	〒						電話番号							

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者等	事業所名							事業所番号						
	所在地	〒						電話番号						
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	事業所名							事業所番号						
	所在地	〒						電話番号						
サービス開始(変更)年月日	令和 年 月 日						※上記事業者から介護予防支援等を受け始める日を記入してください。							
変更理由等														

加西市長 様

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。

下記の届出者に、この届出書と介護保険被保険者証を預け、提出の代行を委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です（事業者は不可）。

被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出者

届出者氏名又は事業所の名称	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者又は地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護予防支援等を受託する事業者と同じ		被保険者との関係
	〒		電話番号
届出者住所又は事業所の所在地	〒		

(注意)

- この届出書は、要支援認定の申請時に、又は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事業所等が決まり次第速やかに加西市へ提出してください。
- 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の作成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上、必ず加西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、全額自己負担していただくことがあります。
- 届出の際には、介護保険被保険者証を必ず添付してください（申請中を除く）。
- 住所地特例の対象施設に入居・入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

## 市処理欄

確認書類					
番号確認			届出者本人確認		
個人番号カード・通知カード 住民票の写し その他 ( ) 不要			1点確認	個・免・経・旅・手 他 ( )	
			2点確認	保(社・国・後・介)・年手・預通 他 ( )	
被保険者証	添付・紛失・申請中	交付	手渡し・郵送	受付者	