

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	受付印
	変更	

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ アナン タロウ	1234567890
阿南 太郎	個人番号(マイナンバー)
	123123456789

生年月日	明・ <b>大</b> ・昭 7年10月4日	性別	<b>男</b> ・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 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
---------------------------	---------------------------------

阿南〇〇高齢者お世話センター 印 阿南市〇〇町〇〇〇〇 〇〇-〇

事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	電話番号	〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇
-------	---------------------	------	------------------

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下さい。

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地
------------	---------------

事業所番号 電話番号 ( )

事業所番号	電話番号
-------	------

介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター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。

阿南市長 宛て

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。

開始及び変更年月日: 令和 3年 8月 7日

被保険者 住所 阿南市 富岡町 トノ町 12-3

氏名 阿南 太郎 電話番号 0884-00-0000

- (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等が決まり次第速やかに阿南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(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うえ、必ず阿南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

事務局記載欄

申請	要支援	事業対象者	
		新規	要支援からの切り替え
□ 本人申請	入力着	入力日 ( )	入力日 ( )
	( )	印字日 ( )	印字日 ( )
□ 代理申請(使者含む) ( 包括・その他 )	印字日	被保険者証等発送日	被保険者証等発送日
	( )	( )	( )
	申請中	負担割合証発行	資格者証発行
	( )	( 要・不要 )	( 要・不要 )





