

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

どちらかに、必ず○をつけてください。

介護保険被保険者証の番号（7ケタ）

区 分

新規

変更

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号			
フリガナ	カイゴ	タロウ		1	2	3	4

いずれかにチェックしてください。

介護

平成28年1月1日より、個人番号（マイナンバー）を記入することになりました。個人番号の記入が困難な場合は、記入がなくても提出できます。個人番号が空欄の場合は、必要に応じて区で番号を調査・確認いたしますので、ご了承ください。

個 人 番 号

3	4	5	6	7	8	9	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

生 年 月 日

性 別

大・●昭

男・女

3 年 3 月 3 日

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

〒106-8515

指定介護予防支援事業所〇〇〇

東京都港区六本木X-X-X

電話番号 03 (XXXX) XXXX

事業所番号

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

担当者氏名

港 花子

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

〒107-8516

居宅介護支援事業所に委託しない場合は記入する必要はありません。

東京都港区赤坂X-X-X

電話番号 03 (XXXX) XXXX

事業所番号

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

担当（ケアマネジャー）氏名

港 太郎

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。

変更年月日（平成 年 月 日付）

（宛先） 港 区 長

初めて提出する方は、記入する必要がありません。

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。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

サービスの利用開始日を記入してください。

被保険者 住 所 港区芝公園1-5-25
氏 名 介護 太郎

太郎

電話番号 03(〇〇〇〇) 〇〇〇〇

ご本人の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください（鉛筆不可。黒字が望ましい。消えないペンで記入してください）。

受理

保険者 確認欄	受付	入力	被保険者証処理					
			認 定	証添付	証交付			
			申請中	回収 未	窓口 郵送	本人 支 援	家族 事業者	

（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港区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、必ず港区に届け出てください。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区市町村の窓口へ提出してください。

※訂正する場合は二本線を引き、訂正印を押印してください。