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

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

被　保　険　者　氏　名	被保険者番号
フリガナ	
	個　人　番　号
	生　年　月　日
	明・大・昭　　年　　月　　日

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地　〒　　ー
介護予防支援事業者の事業所番号	電話番号　（　　）
	担当者氏名

介護予防支援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　〒　　ー
居宅介護支援事業者の事業所番号	電話番号　（　　）
	担当者氏名

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事由及び有効開始（変更）日

□新規または住所変更に伴う介護予防支援事業所変更のため □受託する居宅介護支援事業者変更（追加・削除）のため □要介護から要支援へ変更のため □暫定での届出と認定結果が異なるため □その他（　　）	※必ず記入してください。 有効開始（変更）日 年　　月　　日付

※現在有効な負担割合証が発行されておらず暫定ケアプランにおいてサービスを開始する場合に限り、介護保険負担割合証の交付についていずれかに　☑　をしてください。

□ケアプランを作成依頼する事業者が受領することに同意します。
□自宅への郵送を希望します。
□認定結果と同時に受領することを希望します。

（あて先）津市長
上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

被保険者　　氏　　名

※自署でない場合は、記名と押印が必要です。

電話番号　　（　　）

申請		本・代／郵
確認物	1点	運・障・個・居・他（　　）
	2点民間のみ不可	健保・介保・年手・年証・他（　　）
		社員証・他（　　）

（注意）
1　この届出書は、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津市介護保険課へ提出してください。
2　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、有効開始（変更）日を記入のうえ、必ず津市介護保険課に届出してください。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。
3　この届出書により届出された事業所に、津市から確認をとる場合があります。

受　付　印

	暫定入力済み
	差し替え済み