

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	生 年 月 日	被 保 険 者 番 号
フリガナ	明・大・昭	
	年 月 日	個 人 番 号

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
(電話番号 - -)	事業者番号

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

※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 - -)	事業者番号

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)

(あて先) 宇都宮市長

上記のとおり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(変更)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 - -)

- (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、速やかに宇都宮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、必ず宇都宮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、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 届け出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

※ 保険者処理欄

受付者		被保険者証への記入	資格者証への記入	入 力	備 考
		済・未	済・未		被保険者証：満欄・回収 資格者証交付：有・無

(所管:高齢福祉課)

被保険者証・資格者証 記入内容

事業所名:

届出日: 令和 年 月 日

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

○は付けない										区分 新規・変更					
被保険者氏名				生年月日		被保険者番号									
フリガナ	ウツノミヤ タロウ			明・大(昭)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
宇都宮 太郎				9年1月2日		個人番号									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
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所在地				事業者番号				〒			
〇〇〇〇地域包括支援センター (電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)				宇都宮市〇〇町1-1				事業者番号				事業者番号を忘れずに!			
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所 ※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				〒				-			
受託する事業者がある場合のみ記入															
(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事由等															
* 事業所を変更する場合のみ記入してください。															
重要! 区分が「変更」の場合には、事由と変更日を必ず記入。										変更年月日 (令和 年 月 日付)					
(あて先) 上記のとおり(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(変更)することを届け出します。															
令和 3 年 〇月〇〇日															
住所 宇都宮市旭1丁目1番5号															
氏名 宇都宮 太郎 (電話番号 028 - 632 - 8989)															
1. 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所等が決まり、宇都宮市へ提出してください。															
2. 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、必ず宇都宮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、全額自己負担していただくことがあります。															
3. 届け出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。															
※ 保険者処理欄															
受付者	被保険者証への記入	資格者証への記入	入力	備考	被保険者証 : 満欄・回収 資格者証交付 : 有・無										

(所管:高齡福祉課)

被保険者証・資格者証 記入内容

事業所名: _____

届出日: 令和 年 月 日