

□介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

□介護予防ケアマネジメント(総合事業)依頼(変更)届出書

		区分	新規・変更
保険者氏名		被保険者番号	
柏 太郎		0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	
		生年月日	
		明・大・昭 年 月 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(総合事業)を依頼(変更)する地域包括支援センター			
事業者名	事業者の所在地	〒 -	
〇〇地域包括支援センター	柏市柏五丁目10-1	電話番号 04(7167)1111	
担当者氏名	事業者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
プラン作成を 委託事業者に 依頼する場合 の記載	事業者名	事業者の所在地	〒 -
	〇〇居宅介護支援事業所	柏市柏五丁目10-1	電話番号 04(7167)1111
	担当者氏名	〇〇 〇〇	事業者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
変更する場合の事由			
柏市長 あて 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出します。			
令和 年 月 日			
住所	被保険者氏名	柏市受付欄	
	電話番号	この欄は直筆で!	
サービス利用適用(変更)日: 令和 年 月 日から利用する			
柏市 破	保険証 回収	同時・未(回収日 /)・再交付 認定申請中(申請日 / 区分)	端末入力日 / 送付先 有・無

どちらかにチェックがついているか確認!

利用開始日を必ず記入してください

この欄の記入は必要ありません。

- この欄の記入は必要ありません。この欄は直筆で!
- 利用開始日を必ず記入してください
- サービス利用適用(変更)日: 令和 年 月 日から利用する
- 柏市 破
- この欄の記入は必要ありません。
- 3 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を変更する場合には、変更年月日を明記のうえ、必ず柏市に届け出てください。届出がない場合、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。
- 4 住所地特例の対象施設に入居の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください (2019.5 改正)