

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		チェックリスト実施日	区分
		年 月 日	新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	
		性別	
		年 月 日	男・女
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			
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地	〒
電話番号 ()			
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	〒
電話番号 ()			
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)			
燕市長様 上記の地域包括支援センターに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。			
年 月 日			
住 所			
被保険者 氏 名	電話番号 () 印		
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		
<input type="checkbox"/>			

（注意）1 この届出書は、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燕市へ提出してください。

2 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ必ず燕市へ届け出してください。

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提出してください。