

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

☐ 介護予防サービス計画作成 ☐ 介護予防ケアマネジメント

		区 分	
		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	
		年 月 日	
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者 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			
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒	
		電話番号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
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。			
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒	
		電話番号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援議場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 ※変更する場合のみ記入してください。			
大子町長 殿 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出ます。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号			
保 険 者 確 認 欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号	

- （注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに大子町に提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず大子町に届け出してください。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。