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	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		事業所等の所在地	〒 電話番号　（　　）

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		事業所等の所在地	〒 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理由等

※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
（　　年　　月　　日付）

会津若松市長　様

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の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け出します。

年　　月　　日

被保険者　住　所　　氏　名　　電話番号（　　）

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号

（注意）１　この届出書は、要介護認定・要支援認定の申請時に、若しくは、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次第速やかに会津若松市高齢福祉課へ提出してください。

２　介護予防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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず会津若松市高齢福祉課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。