

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・終了）届出書

フリガナ		被保険者番号												
被保険者氏名		個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日生													

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更・終了）する事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更・終了）する地域包括支援センター														
事業所名		事業所番号												
		所在地												
確認者氏名		電話番号												
届出の区分	☐ 新規（新たに作成を依頼する場合）	計画の作成を開始する月 年 月から												
	☐ 変更（作成事業所を変更する場合）	計画の作成を変更する月 年 月から												
	[変更の理由] ☐ 転居・転入のため ☐ その他（具体的にご記入ください）													
	☐ 終了（作成を終了する場合）	計画の作成を終了する月 年 月まで												
	[終了の理由] ☐ 施設等入所または医療入院のため ☐ その他（具体的にご記入ください）													

（あて先）
大 津 市 長

上記のとおり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ます。

年 月 日

〒 _____

届出者 住所 _____

電話番号 (_____)

氏名 _____

受領確認欄	介護保険被保険者証を受領しました	受領者名
-------	------------------	------

- ・介護予防サービスを利用する場合又は介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）を利用する場合、必ず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・終了）届出書が必要です。また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介護予防支援事業所を変更する場合や、介護保険施設等に入所することにより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しないようになった場合も、この用紙によって大津市へ届け出てください。
- ・大津市内の住所地特例対象施設に入居中の場合は、この用紙によって大津市へ届け出てください。