

<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成 <input type="checkbox"/> 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	
※該当する届出書の口にレ印を記入してください。					
被保険者氏名			被保険者番号		
フリガナ					
			個人番号		
			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		事業所の所在地 〒			
事業所番号					
		電話番号			
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。					
受託先の居宅介護支援事業所名		事業所の所在地 〒			
事業所番号					
		電話番号			
居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。					
サービス開始年月日 ※事業所を変更する場合は、変更年月日			年 月 日		
能代市長様 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 住所 _____ 被保険者 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____					
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <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			

- (注意) 1 この届出書は、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等が
 決まり次第速やかに能代市へ提出ください。
- 2 介護予防サービス計画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
 (地域包括支援センター)又は介護予防支援若しく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、必ず能代市に届け出てください。届け出のない
 場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。