

# 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							
				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							
事業所名				事業所所在地			
				〒			
事業所番号				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受託する場合のみ記入してください。）							
事業所名				事業所所在地			
				〒			
事業所番号				電話番号			
介護予防支援事業者又は地域包括支援センター若しくは居宅介護支援事業者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。							
変更年月日 ( 年 月 日付)							
基本チェックリスト記入日（事業対象者の場合） 年 月 日							
(あて先) 南魚沼市長 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出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ( )							

- 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南魚沼市へ提出してください。
- 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者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、必ず南魚沼市に届出してください。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。
- 3 住所地特例の対象となる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。

保険者 確認欄		入力	確認	発送	申請中	受付
					区変中	