**介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼する介護予防サービス計画の作成等の区分  □介護予防ケアマネジメント（継続利用要介護者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | ０ | | | ０ | | | ０ | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | 介護予防支援事業所の所在地･地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所番号 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 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ケアマネジメントを受託する場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 〒  　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所番号 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問型サービスＢ開始（変更）年月日  （令和　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 呉市長　様  　　上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防ケアマネジメントを依頼する  ことを届け出します。  　　令和　　　年　　　月　　　日  被保険者　住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 呉市  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番号  地域包括支援センター番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |

受付印

（注意）１　この届出書は，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呉市へ提出

してください。

２　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）を変更する

ときは，変更年月日を記入のうえ，必ず呉市へ届け出てください。

届け出のない場合，サービスに係る費用を一旦，全額負担していただくことがあります。

３　住所地特例の対象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。