

## 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	
ふりがな			
		個人番号	
		生年月日	
		明・大・昭	年 月 日
<input type="checkbox"/> 【要支援認定】介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）します。 ※予防事業所 <input type="checkbox"/> 【事業対象者】介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）します。 ※地域包括予防ケア			
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）名		介護予防支援事業所（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（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。			
新規・変更年月日		年 月 日付	
※契約日以降、サービス利用開始日までの日付 ※事業対象者の届出の場合で、認定更新しない場合は有効期間の翌日以降			
基本チェックリスト実施日		年 月 日	
<b>大野城市長 様</b>  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ます。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
被保険者	住所	〒 -	
	氏名	電話番号	
届出代行者			
	事業所番号		
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の再交付を依頼します。 申請理由： 1 紛失・消失    2 破損・汚損    3 その他 ( )			

※保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 事業対象者入力（F7→4 事業対象者情報 ※介護予防ケアマネジメントのみ） <input type="checkbox"/> 被保険者証差替（F7→12 支援事業者届出） <input type="checkbox"/> 負担割合証発行（F7→13 負担割合証発行 ※認定がない新規事業対象者のみ）
---------	--

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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大野城市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成また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）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず大野城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が一旦、全額自己負担になることがあります。
- 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。