

介護予防サービス計画作成依頼（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			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
大・昭・平 年 月 日		男 ・ 女	
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			
介護予防支援事業所名		事業所の所在地 〒	
開始年月日 ( 年 月 日付)		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を受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		事業所の所在地 〒	
開始年月日 ( 年 月 日付)		電話番号 ( )	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所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)			
<p>中 井 町 長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p> <p>被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			
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番号	

- 注意 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに 中井町役場 健康課 へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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 中井町役場 健康課 に届け出て下さい。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。