様式第３号（第６条関係）

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	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
	生年月日	性別
	年　月　日	男　・　女

介護予防サービス計画の作成を依頼（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又は 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
かつらぎ町 地域包括支援センター	〒649-7121　和歌山県伊都郡かつらぎ町丁ノ町 2338-2 電話番号（ 0736 ） 22－ 2322

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	
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（　　）　－

介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所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。	変更年月日 年　月　日付

(あて先)かつらぎ町長

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出します。

年　月　日

住所

被保険者

氏名　　印　　電話番号（　　）　－

町確認欄	□被保険者証資格　□届出の重複 □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の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かつらぎ町へ提出してください。

2　介護予防サービス計画の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、必ずかつらぎ町へ届け出てください。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。