

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
(新規 変更)

被保護者	個人番号											
	被保険者番号	H	2	4	1							
	フリガナ											
	氏名						生年月日	年	月	日		
サービス計画作成の依頼年月日 (変更の場合は変更年月日)					年 月 日							
依頼(変更)する事業者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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				所在地	〒 -						
					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				所在地	〒 -						
					電話番号	- -						
	事業者を変更する場合の事由など		* 事業者を変更する場合のみ記入									
伊丹市福祉事務所長 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 被保護者住所 電話番号 () 氏 名												

《 市 記 載 欄 》

		確認者印
本人	個人番号カード・顔写真付証明書	
代理人	公的機関発行2点 ()	

(注 意)

- この届出書は、要支援認定の申請時、もしくは、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伊丹市福祉事務所へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成も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(地域包括支援センター)または介護予防支援も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上、必ず伊丹市福祉事務所に届出て下さい。届け出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 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。