

居宅（介護予防）サービス計画作成 依頼（変更）届出書
 介護予防ケアマネジメント

[指定居宅介護支援事業所・指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）]

新規 変更

個人番号

※記入が難しい場合は空欄でも可

被 保 険 者 名 前	被 保 険 者 番 号
フリガナ カイゴ タロウ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
介護 太郎	⑤ 生年月日 1925 年 1 月 1 日

依頼区分(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(変更)する場合のみ記入)

- 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所
 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

事業所名	⑧ 事業所番号
地域包括支援センター ○○	3 4 0 1 5 0 9 9 9 9

所在地（事業所が福山市外の場合のみ記入）

電話番号 () -

被保険者の住所地が、当該介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の担当区域外である場合のみ記入
 理由 ()

事業所を変更する場合の事由等（変更する場合のみ記入）

要支援認定の可能性があるため

変更年月日
 (○年 ○月 ○日付)

福 山 市 長 様

上記事業所に居宅（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。

○年 ○月 ○日

住所 福山市 東桜町 丁目 3番 5号

番地

被保険者
 名前 介護 太郎

電話番号 (084) 999 - 9999

届出者名前	被保険者との関係
包括○子	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> その他 [] <input checked="" type="checkbox"/> 上記事業所

- 【注意】 1 居宅（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が決まり次第速やかに、介護保険被保険者証（未交付の場合は介護保険資格者証）を添付して提出してください。
 2 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場合であって、住所地特例の対象施設に入居しているときは、その施設の所在地の市町村に提出してください。

※福山市記入欄（この欄は記入しないでください。）

受 付 時 確 認 欄				交付する資格者証の表示	入 力
受 付	受付者名	回 収	交 付	支援()・介護()	照 合
<input type="checkbox"/> 介護保険課		<input type="checkbox"/> 被保険証	<input type="checkbox"/> 被保険証	<input type="checkbox"/> 包括のみ・居宅のみ	
<input type="checkbox"/> 高齢者支援課		<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> 包括, 居宅両方表示	届出勸奨 有・無 表示がない場合は届出なしの状態
<input type="checkbox"/> 支所		<input type="checkbox"/> 喪失届兼再交付			