

**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**

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号							
フリガナ											
				個 人 番 号							
生 年 月 日											
明・大・昭		年		月		日					
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（変更）する事業者											
介護予防支援事業者事業所名 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				〒			
								電話番号 ( )			
介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）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)											
居宅介護事業者事業所名				事業所の所在地				〒			
								電話番号 ( )			
居宅介護事業者事業所番号											
開始（変更）年月日 (※サービス利用開始日)				年		月		日		付	
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事由等 (※事業所を変更する場合のみ記入)											
(あて先) 山 形 市 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作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）することを届出します。											
年 月 日											
住 所											
被保険者 氏 名				電話番号 ( )							
代筆者				(続柄: )							
保 険 者 確 認 欄		<input type="checkbox"/> オンライン入力		<input type="checkbox"/> 被保険者証の交付		<input type="checkbox"/> 認定申請中					
		<input type="checkbox"/> 未納保険料 ( 有 ・ 無 )									

- (注意) 1 この届出書は、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事業所が決まり次第、速やかに被保険者証を添えて山形市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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（地域包括支援センター）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、変更年月日と変更理由等を記入のうえ、山形市に届出してください。
- 3 この届出書を提出しない場合、または介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントをせずにサービスを利用した場合は、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になります。
- 4 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。