居宅（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

（宛先）鈴鹿亀山地区広域連合長

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について届け出ます。

□要介護１～5　□要支援１・２　□事業対象者		届　出 年月日	年　　月　　日
被保険者 住　　所	電話番号　　（　　）	被保険者 番　　号	
		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
被保険者 氏　　名		性　　別	男　　・　　女

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所の名称等 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の名称等			
名　称		事業者 番　号	
所在地	〒　　－ 電話番号　　（　　）		
開始（変更） 年　月　日	年　　月　　日	※ 居宅（介護予防）サービス計画又は介護予防ケアマネジメントを受け始める日	
↓この欄は変更届の場合のみご記入ください。			
今までの 事業者名			
変更する 理　　由	※小規模多機能型のサービスへ変更の場合，変更年月内に居宅サービスの利用（あった ・ なかった ）		

この届出書は，サービスを利用する前に必ず提出してください。

〇届出がない場合，サービスの費用が一旦全額自己負担になりますのでご注意ください。
〇届出の際には，介護保険被保険者証を添付してください。
〇サービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを依頼するときは，届出までに基本チェックリストを提出してください。

広域連合処理欄		受領印
証作成	記載（作成）　□手書き　□ＰＣ　交付日（　　・　　・　　）	
証交付方法	□手渡し　　□郵送　　□トレー　　□包括便	
証交付先	□事業者（ケアマネジャー）　　□本人・家族	
負担割合証	□済（新規のみ）	
システム入力	□済　　□申請中	
備　　考		