

介護予防

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

届出日（保険証記載日） 令和 年 月 日	保険者名	保険者番号	区分
			新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
<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		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	〒
事業所番号		電話番号 () -	
サービス開始（予定）年月日 (年 月 日)			
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してください			
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。 <div style="text-align: right;"> 変更年月日 (年 月 日付) </div>			
_____ (市・区・町・村) 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。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 _____ 電話番号 () -			
窓口に来られた方（※ご本人が来庁された場合は記入する必要はありません。）			
住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 () - [被保険者との関係 家族 ・ 事業所 ・ その他 ()]			

- (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等が決まり次第すみやかに八尾市高齢介護課へ提出して下さい。
- 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、必ず八尾市へ届け出てください。届け出のない場合、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。

【令和2年12月改定】