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

区　分
新規　・　変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
生年月日	年　　月　　日

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　　事業所番号
担当者名
所 在 地
サービス提供開始日（　　年　　月　　日）　　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事業所※受託する場合のみ記入
事業所名
担当者名
所 在 地　　電話番号（　　）

変更する理由　※変更の場合のみ記入　　変更年月日（　　年　　月　　日）

伊東市長　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

被保険者
氏　名　　電話番号（　　）

居宅サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示することに

□　同意します　　□　同意しません

（注意）1　この届出書は、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等が決まり次第速やかに伊東市役所高齢者福祉課へ提出してください（事業所に提出を依頼することもできます）。

2　介護予防サービス計画の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、変更年月日を記入のうえ、必ず伊東市役所高齢者福祉課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。