

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

※太線の中を記入してください。
 ※介護保険被保険者証と一緒に提出してください。

		区 分	
ケアプラン作成開始日	年 月 日		新規・変更
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ		0 0 0	
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		性 別	
明・大・昭		年 月 日	
		男・女	
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 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	担当者	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	〒
事業者番号（ ）		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	担当者	居宅介護支援事業所の所在地	〒
事業者番号（ ）		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。			
事業者番号（ ）		変更年月日（ 年 月 日付）	
江東区長 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け出します。			
年 月 日			
被保険者	住 所 氏 名	電話番号（ ）	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

- (注意)
- 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速やかに江東区介護保険課に提出してください。
 - 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、変更年月日を記入のうえ、必ず江東区介護保険課に届け出てください。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。
 - 住所地特例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まで提出してください

受付	点検	入力	証回収	証発行				
月 日 新規・区変・更新 申請中			番号確認	番号カード 通知カード 住民票	身元確認	番号カード 免許証 専門員証	代理権の 確認	被保証 割合証 委任状 登記

受領印