

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		被保険者番号		
フリガナ 氏 名		個人番号		
		*	*	*
		生年月日		
		明・大・昭	年	月
要支援区分等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象（下欄を記入）			
基本チェックリスト実施日	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				
事業所の名称：				
事業所の所在地：				
電話番号：		事業所番号：		
介護予防支援を委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を受託する場合のみ記入				
事業所の名称：				
事業所の所在地：				
電話番号：		事業所番号：		
サービス（給付管理）開始または変更年月日	年	月	日	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入				
逗子市長 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  年 月 日  <div style="text-align: right;">             住所 _____              電話 _____              氏名 _____           </div>				
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番号			

(注意)

- 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに逗子市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず逗子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、全額自己負担していただくことがあります。

## 委 任 状

私は、に次の行為を委任します。

逗子市に提出すべき私（被保険者）に係る

- ・介護予防・日常生活支援総合事業 利用申請受付票の提出
  - ・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）届出書の提出
- に関する一切の権限

年 月 日

本 人 住 所  
氏 名

代筆者 住 所  
氏 名