

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・終了）届出書

逗子市長

次のとおり依頼することを届け出します。

平成 年 月 日

		区 分	新規・変更・終了					
被 保 険 者		被 保 険 者 番 号						
フリガナ 氏 名								
逗子市 住 所		個 人 番 号						
電話番号		生 年 月 日			性別			
					男・女			
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・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更・終了）する介護予防支援事業者								
事業所の名 称								
事業所の所在地 〒								
電話番号 ()								
介護予防支援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 ()								
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更・終了する場合の理由等 ※変更・終了する場合のみ記入。								
変更理由…								
終了理由… 1、施設入所 2、要介護（要支援）認定 3、利用中止								
4、その他 ()								
変更・終了年月日（平成 年 月 日付）								
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 暫定サービス有り							
	介護予防支援事業者事業所番号							

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・終了）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

㊞

（注意）

- 1 この届出書は、基本チェックリスト実施後に、若しくは、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント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作成・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を受託する居宅介護支援事業所を変更・終了するときは、その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。
- 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。