

介護予防サービス計画作成依頼（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                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個 人 番 号           |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生 年 月 日           |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明 ・ 大 ・ 昭         |  | 年       |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 介護予防支援事業所番号及び事業所名                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護予防支援事業所の所在地     |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒                 |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( )          |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者<br>※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してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所番号及び事業所名                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 居宅介護支援事業所の所在地     |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒                 |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( )          |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 事業所を変更する場合の事由等                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※変更する場合のみ記入して下さい。 |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
|                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| サービス計画開始（変更）年月日<br>※届出日と異なる場合のみ記入してください。                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日             |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 東三河広域連合長 様                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 上記の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します。                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 年 月 日                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 〒                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 住所                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 被保険者                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |         |  |   |  |   |  |  |  |
| 氏名                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( )          |  |         |  |   |  |   |  |  |  |

- （注意）
- この届出書は、要支援認定の申請をするとき、また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市町村窓口または広域連合へ提出してください。
  - 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また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、開始（変更）年月日を記入のうえ、必ず市町村窓口又は広域連合に届け出てください。  
届け出がないときは、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。
  - 届出後に開始（変更）年月日を変更する場合は、広域連合にご連絡ください。

|       |      |    |    |    |    |
|-------|------|----|----|----|----|
| 事務処理欄 | 特記事項 | 受付 | 入力 | 交付 | 郵送 |
|       |      |    |    |    |    |