

# 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

個人番号					被保険者番号				
被保険者氏名									
(フリガナ)					生年月日				
					明・大・昭 年 月 日				
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業所									
事業所番号					事業所の所在地	〒			
事業所名									
担当者（介護支援専門員）氏名：					電話番号（ ）				
地域包括支援センターから委託する場合のみ 委託先の居宅介護支援事業所									
事業所番号					事業所の所在地	〒			
事業所名									
介護支援専門員氏名：					電話番号（ ）				
サービス計画作成 区分					サービス計画作成 開始（変更）年月日				
1 新規 ・ 2 変更 （該当番号に○をしてください。）					年 月 日 から				
事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ番号を○で囲んでください									
1 住所変更のため      2 認定区分の変更のため      3 自己都合のため      4 事業所都合のため									
5 その他（ ）									
<p>足立区長 あて</p> <p style="text-align: center;">上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号（ ）</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可）</p>									
<p>※ 担当の介護予防支援事業所が緊急事態等に対応できない場合、代替りの介護予防支援事業所に対して、予防サービス計画の内容や介護サービスの利用情報を開示することに同意します。</p>									
被保険者氏名					（自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可）				
<p>(注意)1 この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、事業所を通じて速やかに足立区介護保険課へ提出してください。</p> <p>2 介護予防サービス計画作成を依頼する事業所を変更するとき（担当者や委託先の変更は除く。）は、上記区分欄の変更で○をして必要事項記入の上、速やかに足立区に届け出してください。届出のない場合、サービス利用に係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。</p>						受 付 印			
入力者			入力日						

# 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 記入例

個人番号					被保険者番号				
●●●●●●●●●●					●●●●●●●●●●				
被保険者氏名					生年月日				
(フリガナ) ●●●● ●●●●					明・大・昭 ○年 ○月 ○○日				
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業所									
事業所番号 ●●●●●●●●●●					事業所の所在地 〒120-0816				
事業所名					東				
地域包括支援センター□□					被保険者の方と契約している事業所 (国保連に請求を行う事業所)をご記入ください。				
担当者(介護支援専門員)氏名: ◆◆◇◇					電話番号 ○○(○○○○)○○○○				
地域包括支援センターから委託する場合のみ 委託先の居宅介護支援事業所									
事業所番号 ●●●●●●●●●●					事業所の所在地 〒120-8510				
事業所名					東				
○×△居宅介護支援事業所					地域包括支援センターが居宅支援事業所に委託をしている場合はご記入ください。				
介護支援専門員氏名: □□■					電話番号 ○○(○○○○)○○○○				
サービス計画作成 区分					サービス計画作成 開始（変更）年月日				
1 新規 ・ ②変更 (該当番号に○をしてください。)					令和○○年 ○○月 ○○日 から				
事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ番号を○で囲んでください									
①住所変更のため    2 認定区分の変更のため    3 自己都合のため    4 事業所都合のため 5 その他 ( )									
<p>足立区長 あて</p> <p>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出します。</p> <p>令和○○年 ○○月 ○○日</p> <p>住所 東京都足立区○○2-2-△</p> <p>電話番号 ○○(○○○○)○○○○</p> <p>被保険者氏名 △△▲▲ (自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可)</p> <p>同意される場合のみ、ご記入下さい。 (自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可)</p> <p>事業所が緊急事態等に対応できない場合、代替りの介護予防支援事業所に対して、予防サービス計画の作成や介護サービスの利用情報を開示することに同意します。</p> <p>被保険者氏名 △△▲▲ (自署の場合は押印不要です・ゴム印は不可)</p>									
(注意) 1 この届出書は、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、事業所を通じて速やかに足立区介護保険課へ提出してください。					受付印				
2 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更する(委託先の変更は除く。)は、上記区分欄の変更に○をして速やかに足立区に届け出してください。届出のない場合は費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。					足立区では、本申請書提出時に被保険者証の提出は不要です。被保険者証の介護予防支援事業所の欄は、ご自身でご記入ください。				
入力者		入力日							