

{ 介護予防サービス計画作成(変更)
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

被保険者氏名	フリガナ	被保険者番号																		
		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の名称	介護予防支援事業所の所在地	〒	—
地域包括支援センターの名称	地域包括支援センターの所在地		
		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。

変更年月日(令和 年 月 日付)

(あて先) 東大阪市長

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。

令和 年 月 日

住所

被保険者

氏名

電話番号

介護予防支援事業者
(地域包括支援センター)
事業所番号

個人番号

※ 本人以外は記入しないでください。

- (注意) 1 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、速やかに東大阪市へ提出してください。届出のない場合、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。
- 2 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)を変更するときは、変更理由等・変更年月日を記入のうえ、必ず東大阪市内に提出してください。
- 3 住所地特例の対象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。

下記欄は記入しないでください。

事業所確認	データ入力	資格者証	被保険者証

受付者

受付印