

{ 介護予防サービス計画作成(変更) } 届出書の記入方法
 { 介護予防ケアマネジメント依頼(変更) }

書き方見本

{ 介護予防サービス計画作成(変更) } 届出書 ① 区分 新規・変更	
被保険者氏名	③ 被保険者番号
フリガナ	
②	④ 生年月日 明・大・昭 年 月 日
	⑤ 性別 男・女
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 地域包括支援センターの名称	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地
⑥	⑦ 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。	
⑧ 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。	
⑨ 令和 年 月 日	
被保険者 住所	⑩
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	⑪
⑫ 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	

- ① 初めての届出の場合は「新規」を、作成を依頼する事業所を変更する場合は「変更」を○で囲んでください。Excel様式で入力される方はプルダウンから選択してください。
 - ② 氏名を記入し、フリガナも記入してください。
 - ③ 被保険者番号を記入してください。
※被保険者番号は「介護保険 被保険者証」に記載しています。
 - ④ 明治・大正・昭和のいずれかを○で囲み、生年月日を記入してください。
 - ⑤ 性別を○で囲んでください。
- Excel様式で入力される方はプルダウンから選択してください。
- ⑥ 地域包括支援センターの事業所名を正確に記入してください。
 - ⑦ 地域包括支援センターの所在地・郵便番号・電話番号を正確に記入してください。
 - ⑧ 地域包括支援センターを変更するときのみ記入してください。
※変更年月日も必ず記入してください。
※変更するときは、必ず事前に、前の事業所に変更する旨を連絡してください。
 - ⑨ 届出日を記入してください。
※介護予防サービス計画の場合＝サービス利用開始日
※介護予防ケアマネジメントの場合＝事業の有効開始日
 - ⑩ 被保険者の氏名・住所・電話番号を記入してください。
 - ⑪ 地域包括支援センターが代行で届出をされる場合は、事業所番号を記入してください。
 - ⑫ 被保険者本人が届出書の作成をする場合は、個人番号を記入してください。
※地域包括支援センター等の被保険者本人以外の方が届け出る場合は、記入しないでください。

記入される前に・・・
 在宅でのサービス利用を希望される方は、まず、地域包括支援センターに相談及び利用の申込みをしてください。
 サービスを受ける前には、必ずこの届出書に介護保険被保険者証を添えて、速やかに介護認定課または福祉事務所福祉係へ提出してください。
 (地域包括支援センターが代行して届出をすることもできます。)
なお、在宅サービスを利用する予定のない方は、この届出書を提出する必要はありません。

■ お問い合わせ先 ■
 東大阪市役所 介護認定課
 〒577-8521 東大阪市荒本北1丁目1番1号
 電話 06-4309-3190
 FAX 06-4309-3814