

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	性 別
		年 月 日	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			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	
大月市地域包括支援センター		〒401-8601 大月市大月二丁目6番20号 電話番号 0554-23-8034	
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してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
		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する場合の事由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (年 月 日付)			
大月市長 様 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。			
年 月 日			
住 所			
被保険者		電話番号	
氏 名			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、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、速やかに大月市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成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するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず大月市に届け出てください。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。