介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

記入方法

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
ﾌﾘｶﾞﾅ **被保険者本人の氏名**	 生年月日 明・大・昭　　年　月　日

必ず記入してください。
記入が無いものは受付できません。

介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)

介護予防支援事業所(地域包括支援ｾﾝﾀｰ)名	事業所の所在地　〒
ケアプランの作成を依頼した地域包括支援センター名	**事業所の住所** 電話番号　（　　）

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入

居宅介護支援事業所名	事業所の所在地　〒
	電話番号　（　　）

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）を変更する場合の事由等
※事業所を変更する場合のみ記入
変更年月日
（　　年　　月　　日）

八王子市長　殿

①　私は、上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の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出します。

保険者の住民票上の住所と氏名を記入してください。（氏名については署名、または記名・押印）
日付は記入日を記入します。

事業所番号を記入してください。
届出後、市が確認を行います。

年　月　日

住　所

被保険者

氏　名

電話番号　（　　）

保険者確認欄	介護予防支援事業者事業所番号										

※介護予防支援事業所記載欄（必須）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
年　月　日	

給付管理の発生する日付と担当者名を必ず記入してください。窓口で被保険者証を代理受領される場合は、フルネームで記入してください。

発行
□ 被保険者証受理者本人確認　□ 郵送

（注意）１　この届出をする前には、必ず、お住まいの地域を担当する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼してください。

２　介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に依頼した場合の費用については、自己負担はありません。なお、本人が作成する場合、この届出は必要ありません。直接、介護予防サービス計画を提出してください。