

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）

記入方法

新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
被保険者本人の氏名		生 月 日	
		大 ・ 昭	
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		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。	
介護予防支援事業所名		事業所の所在地	
ケアプランの作成を依頼した 介護予防支援事業所名		事業所の住所	
事業所 番号		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			
日)			
八王子市長 殿		担当の介護予防支援事業所が対応できなくなった場合に、 被保険者に対する介護サービス提供等に支障をきたすこと がないよう、引継ぎ先の介護予防支援事業所に対し、介護 予防サービス計画の内容や、利用しているサービスの情報 を開示することに同意をしない場合、チェックをつけます。	
① 私は、上記の介護予防ケアマネジメントを依頼す			
② 私は、当該届出提出が代理に被保険者証を受領するに同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しない（同意しない場合はチェック）			
③ 私は、不測の事態により、上記の介護予防支援事業所が対応できなくなった場合、代わりの介護予防支援事業所に対し、介護予防サービス計画の内容や利用しているサービスの情報を開示することに同意します。 <input type="checkbox"/> 情報開示に同意しない（同意しない場合はチェック）			
年 月 日			
住 所 _____			
被保険者 氏 名 _____			
電 話 番 号 () _____			

※介護予防支援事業所記載欄（必須）

※事務処理欄（市記帳欄）

サービス利用開始年月日	担当者氏名
年 月 日	

日発行

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。

- (注意) 1 この届出をする前には、必ず、介護予防支援事業所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。