

様式第 9 号の 2(第 24 条関係)

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

※ 太枠内を記入してください。

市町村 受付印		広域連合 受付印			
区 分	サービス開始日 (変更の場合は変更開始日)				
☐ 新 規 ☐ 変 更	年 月 日				
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号			
フリガナ					
		個 人 番 号			
		生 年 月 日			
明・大・昭		年 月 日			
		性 別			
		男 ・ 女			
介護予防サービス計画の作成 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					
サービス区分	☐ 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント ☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護支援				
事業所(センター)名		郵便番号	—		
		所在地			
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してください。					
居宅介護支援事業所名		郵便番号	—		
		所在地			
事 業 所 番 号					
		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又は居宅介護支援事業所 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。					
沖縄県介護保険広域連合長 (市町村長) 殿					
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 依頼することを届け出ます。					
年 月 日					
被保険者	住 所	電話番号			
	氏 名	()			
(注意) 1 この届出書は、介護予防サービスの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、速やかに市町村へ提出してください。 2 介護予防サービス計画の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)又は介護予防支援若 しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市町村へ届け出てください。 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に提出してください。					
確 認 欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 事業所(センター)番号	担 当 者 印	構成市町村	広域連合	備 考
			申請内容確認	電算入力処理	
			・ ・	・ ・	