

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

☐ 介護予防計画作成依頼（変更）届出 ☐ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出										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			
					明・大・昭 年 月 日					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													
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					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 〒								
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					居宅介護支援事業所の所在地								
					〒								
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事由等													
※開始・変更する日付を記入してください。 開始・変更年月日 (年 月 日付)													
(あて先) 昭島市長 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。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名 印													
保険者確認欄		☐ 被保険者資格			☐ 届出の重複			☐ 入力 (月 日)					

(注意)

- この届出書は、要支援認定の申請時に、もしくは、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事業所が決まり次第速やかに昭島市へ提出してください。
- 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、必ず昭島市に届出してください。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。
- 上記2の変更届は、サービス利用内容の変更に伴う介護予防計画作成若しくは介護予防ケアマネジメント依頼への変更の場合、要支援認定者に限り届出不要です（事業対象者の場合は必要）。
- 住所地特例の対象施設に入所中の場合は、その施設の所在地の区市町村の窓口へ提出してください。