

介護予防ケアマネジメント依頼（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
	明・大・昭 年 月 日	男・女

介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する地域包括支援センター

地域包括支援センター名	地域包括支援センターの所在地	〒
	電話番号	()

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
※居宅介護支援事業所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	居宅介護支援事業所の所在地	〒
	電話番号	()

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

※変更する場合のみ記入して下さい。

変更年月日
(年 月 日付)

西郷村長 様

上記の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届出します。

年 月 日
住 所

被保険者 氏 名

電話番号 ()

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"/> 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号	

- (注意) 1 この届出書は、介護予防・日常生活支援総合事業利用申請時に、若しくは、介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに、西郷村へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する地域包括支援センター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、必ず西郷村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。
- 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へ提出してください。