

# 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・終了）届出書

区 分
新規・変更・終了

※右の該当するものに「○」をしてください。

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
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（変更・終了）する介護予防支援事業者	
介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地 〒 -
	電話番号 ( )
介護予防支援事業所番号	開始（変更・終了）年月日
	令和 年 月 日
介護予防支援事業所等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。	

以下は、居宅介護支援事業者が介護予防支援事業所から介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者	
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 〒 -
	電話番号 ( )

美作市長 様	
上記のとおり、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。	
令和 年 月 日	
〒 -	
住 所	
被保険者	電話番号 ( )
氏 名	

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若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美作市へ提出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 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依頼する介護予防支援事業所、若しく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上、美作市へ届け出てください。
- 3 介護保険施設等に入所すること等により、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依頼をやめた場合は、区分の「終了」に○をし、美作市に届け出てください。被保険者資格を喪失した場合は、終了の届出は不要です。

### 美作市確認欄

総合支所受付	本庁受付		入 力
		<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号 <input type="checkbox"/> 被保険者証回収	