

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				
		年 月 日					男・女				
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											
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者 ※居宅介護支援事業者が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下さい。											
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地								〒	
		電話番号									
事業所を変更する場合の理由等		※要支援認定の方が事業対象者となる場合、または市内転居等により担当区域の包括支援センターが変更する場合のみ記入してください。									
変更年月日 (年 月 日付)											
基本チェックリスト判定日		年 月 日									
大崎市長 様 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											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号									

(注意) 1 この届出書は、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大崎市高齢介護課または各総合支所市民福祉課へ提出してください。

2 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず大崎市高齢介護課または各総合支所市民福祉課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。

3 届出の際は、介護保険被保険者証を添えて提出してください。

4 住所地特例の対象となる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。

提 出 者	名 称 (氏 名)	被保険者本人 と の 関 係
	所在地 (住 所)	電話番号