

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

※どちらかにチェックをしてください。介護予防サービス計画作成 介護予防ケアマネジメント

区 分
新規・変更

本枠の中を記入してください。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号									
フリガナ											
		個 人 番 号									
介護予防サービス計画作成を依頼（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											
介護予防支援事業所名・所在地		事業所番号									
地域包括支援センター名・所在地											
〒											
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・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											
※ 変更する場合のみ記入してください。											
変更年月日（令和 年 月 日付）											
（あて先）浜松市長											
介護予防サービス計画作成依頼（変更）・介護予防ケアマネジメントの利用依頼（変更）について、 介護保険法第58条第4項・浜松市介護保険条例施行規則第7条の5の規定により、届け出ます。											
年 月 日											
住所											
被保険者		電話番号（ ） —									
氏名											
同意に関する事項（同意される場合は、□内にレ点を記載するとともに、氏名欄に署名をお願いします。）											
□介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。											
年 月 日 氏名											
浜松市確認欄	受 付	入 力	確 認	備 考							

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画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、速やかに浜松市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、必ず浜松市に提出してください。届出がない場合、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。