

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

	区分	適用開始年月日
	新規・変更	令和 年 月 日
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作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者		
事業者の事業所名	事業所の所在地	
	〒	
	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 ※委託する場合のみ記入		
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 ()	
事業所を変更する場合の理由等		※変更する場合のみ記入
		変更年月日
		(令和 年 月 日付)
(届出先) 上田市長		
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します。		
令和 年 月 日		
住所		
被保険者	電話番号 ()	
氏名		
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"/> 事業所番号	

- (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上田市へ提出してください。また、事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず上田市へ届け出てください。届け出のない場合、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。
- 2 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。