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	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	
		明・大・昭　　年　　月　　日	

介護予防サービス計画(介護予防ケアマネジメント)の作成を依頼（変更）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　番　号
介護予防支援事業所の所在地	〒 電話番号　　（　　）

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者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　名	居　宅　介　護　支　援　事　業　所　番　号
居宅介護支援事業所の所在地	〒 電話番号　　（　　）
サービス開始（変更）年月日	年　　月　　日

居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等　　※変更する場合や委託の解除を行う場合のみ記入してください。

柏原市長　様

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出ます。

年　　月　　日

被保険者　〒
住所

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、又は介護予防サービス計画（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柏原市へ提出してください。

2　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や委託の解除を行うときは、変更年月日を記入の上、必ず柏原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。

届出時に介護保険被保険者証（原本）又は資格者証、契約書及び重要事項説明書、以上3点をお持ちください。（契約書及び重要事項説明書は写しでも可。）