

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（新規・変更）届出書

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者 氏名		性別	男 ・ 女

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（46）
 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（AF）

事業所名	事業所番号
センター名	電話番号

所在地 〒

変更理由	変更年月日
	年 月 日

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。

事業所名	事業所番号
	電話番号

所在地 〒

熊本市長 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します。

被保険者 年 月 日
 住所
 氏名
 電話番号

※この届出書は、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等が決まり次第速やかに熊本市へ提出してください。

※介護予防サービス計画の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）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず熊本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、全額負担していただくことがあります。

※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。

【届出者：本人確認書類】

- 1点 個人番号カード 運転免許証 CM資格証 障害手帳 その他
 2点 被保者証 負担割合証 健康保険証 通帳 包括委託証明 その他

区受付印	区受付者	入力日	入力者	確認者