

介護予防サービス計画作成依頼(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							
				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の所在地 〒 -
(電話番号 - -)	事業者番号

介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等

* 事業所を変更する場合のみ記入してください。

変更年月日
(平成 年 月 日付)

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼(変更)することを届け出します。

平成 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名 印 (電話番号 - -)

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに宇都宮市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は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は、変更年月日を記入のうえ、必ず宇都宮市に届け出してください。届け出のない場合は、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 届け出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

保険者処理欄

受付者		連絡確認の	済・未	被等への 保険者の 証記入	済・未	入 力	事業所番号					備 考
		変更前の 事業所名 と提出日	平成 年 月 日									

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 区分 <input checked="" type="radio"/> 新規 ・ <input type="radio"/> 変更
--

被保険者氏名					被保険者番号									
フリガナ	ウツノミヤ タロウ				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
宇都宮 太郎					生年月日					性別				
					<input checked="" type="radio"/> 明・大・昭 45年 1月 1日					<input checked="" type="radio"/> 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

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地
地域包括支援センター <small>(電話番号 - -)</small>	〒 - 宇都宮市 町1-1

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の所在地										
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> 受託する事業者がある場合のみ記入 </div>											
(電話番号 - -)	事業者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等

* 事業所を変更する場合のみ記入してください。

変更年月日
 (平成 年 月 日付)

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼(変更)することを届け出します。

重要! 平成 年 月
 住所 宇都宮市旭1丁目1番5号
 被保険者 氏名 宇都宮 太郎 印 (電話番号 028 - 632 - 8989)

印鑑が無い場合は、拇印でも可(スタンプ印不可)

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに宇都宮市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は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は、変更年月日を記入のうえ、必ず宇都宮市に届け出してください。届け出のない場合は、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 届け出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

保険者処理欄

受付者		連絡確認の	済・未	被等への保険者の記入	済・未	入力	事業所番号				備考
							変更前の事業所名と提出日	平成 年 月 日			

介護予防サービス計画作成依頼(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	ウツノミヤ タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
宇都宮 太郎		生 年 月 日					性 別				
		(明)・大・昭 45年 1月 1日					(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

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地 〒 -
地域包括支援センター (電話番号 - -)	宇都宮市 町1-1

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の所在地 〒
受託する事業者がある(受託先変更を含む)場合のみ記入	
(電話番号 - -)	事業者番号

介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等

* 事業所を変更する場合のみ記入してください。

例) 要介護から要支援になったため

変更年月日
(平成 年 月 日付)

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼(変更)することを届け出します。

平成 年 月

重要!

住 所 宇都宮市旭1丁目1番5号

印鑑が無い場合は、拇印でも可(スタンプ印不可)

被保険者

氏 名 宇都宮 太郎 印 (電話番号 028 - 632 - 8989)

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに宇都宮市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は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は、**変更年月日**を記入のうえ、必ず宇都宮市に届け出してください。届け出のない場合は、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 届け出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

保険者処理欄

受付者	連絡確認の	済・未	被等への 保険者の 記入証	済・未	入 力	事業所番号							備考
		変更前の 事業所名 と提出日		平成 年 月 日									