

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

※届出の際には、介護保険被保険者証(原本)を添付。(申請中の方を除く)

		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	
		明・大・昭 年 月 日	
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(変更)する事業者「地域包括支援センター」			
事業者の事業所名		事業者の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ( )	
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受託する事業者			
事業者の事業所名		事業者の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ( )	
事業所を変更する場合の事由等		サービス開始年月日 (変更の場合は変更日) (令和 年 月 日付)	
西宮市長 様			
上記の事業者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。			
住所			
電話番号 ( )			
被保険者			
氏名 印			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 被保険者証	受付者	
	<input type="checkbox"/> 事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> サービス開始日		

- (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が決まり次第、速やかに西宮市へ提出してください。新規の場合、原則として、届出日がサービス利用開始日となります。
- 2 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を変更するときは、変更年月日等を記入の上、必ず西宮市に届け出てください。届出のない場合、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。