

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の作成をする事業者「地域包括支援センター・西宮市より指定を受けた指定介護予防支援事業者」 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			事業所の所在地			〒			
						-			
事業所番号			電話番号						
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受託する事業者									
事業者の事業所名			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事由等			サービス計画作成の開始年月日 (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 住所 電話番号 氏名									
			受付印						
保険者確認欄									
被保険者証 : 回収・未回収()・資格異動届									
□サービス開始日の確認			入力日		発送日			受付者	

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成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の作成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。
- 3 事業対象者の方は、鑑文と基本チェックリストも一緒に提出してください。
- 4 「サービス計画作成の開始年月日」を書き損じた場合は、二重線で消し、その上に訂正印を押してください。訂正印がない場合は、受付ができませんのでご注意ください。
(令和6年7月作成)

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 カイゴ タロウ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
介護 太郎	個人番号
	123456123456
	明・大・昭 2 年 1 月 1 日

介護予防サービス計画作成をする事業者「地域包括支援センター・西宮市より指定を受けた指定介護予防支援事業者」
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	事業所の所在地	〒	—
〇〇居宅介護支援事業所	西宮市〇〇町××-□□		
事業所番号	電話番号	0798(△△)〇〇〇〇	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			

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事由等

サービス計画作成の開始年月日

(変更の場合は変更日)

※必ず記入して下さい!

(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。

被保険者

住所 西宮市〇〇町□-△

電話番号 0798(□□)〇〇〇〇

氏名 介護 太郎

受付印

保険者 確認欄	被保険者証 : 回収・未回収()・資格異動届		
	□サービス開始日の確認	受付者	
	入力日	発送日	

- (注意) 1 この届出書は、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。
- 3 事業対象者の方は、鑑文と基本チェックリストも一緒に提出してください。
- 4 「サービス計画作成の開始年月日」を書き損じた場合は、二重線で消し、その上に訂正印を押してください。訂正印がない場合は、受付ができませんのでご注意ください。(令和6年7月作成)