様式第20号の2(第19条関係)

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

※　被保険者証又は資格者証をお持ちください。

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日
	年　月　日

介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者
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

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地
介護予防支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年　月　日

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所
※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(変更)する場合のみ記入してください。

委託先／居宅介護支援事業所名	委託先／居宅介護支援事業所の所在地　〒
	電話番号　(　　)
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年　月　日
事業所又は包括支援センター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。

牧之原市長
　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ます。
年　月　日

住　所
被保険者　　電話番号：　(　　)
氏　名

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が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年　月　日　本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（代筆者氏名　　）

(注意)
1　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が決まり次第速やかに牧之原市へ提出してください。
2　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)又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず牧之原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　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。

保険者確認欄 ※届出者記入不要	□ 受付簿入力 □ システム入力	番　号										