

様式第3号（第15条関係）

介護予防サービス計画  
介護予防ケアマネジメント 作成依頼届出書

年 月 日

御前崎市長 様

下記のとおり介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成を依頼することを届け出します。

		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	
		男・女	
利用者区分	事業対象者・要支援1・要支援2		
住 所	〒 地区名： 電話番号（ ） -		

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者

事業所名	事業所の所在地
	電話番号
委託の場合の委託先事業所名	事業所の所在地
	電話番号
保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号（地域包括支援センター等）

- (注) 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等が決まり次第速やかに御前崎市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成も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又は介護予防支援も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うえ、必ず御前崎市へ届け出てください。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。