

1 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]

2 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]

(受付印)

※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規か変更)に○印をご記入ください。

※ 太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に記入例有)

※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。

※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

被保険者氏名					被保険者番号									
フリガナ														
					個人番号									
					生年月日								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(地域包括支援センター) 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(地域包括支援センター)番号					介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の所在地									
3 6 0 0 1 0 0 0 1 4					〒 770 - 0847									
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)名 徳島市地域包括支援センター					徳島市幸町3丁目77番地									
					電話番号(088) 624 - 7775									
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等 ※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)														
徳島市長様 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 ・ 介護予防ケアマネジメント 】 の作成を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 印 電話番号() - 代筆者氏名(続柄等) (続柄:)														
届出書を提出する者														
氏名または名称(続柄等)					住所または所在地									
<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> その他()					〒 770 - 0847 徳島市幸町3丁目77番地 電話番号(088) 624 - 7775									
徳島市地域包括支援センター														

課長	課長補佐	係長	証交付	確認	入力日	入力	入力番号					受付	
							①						
							2	0	1				
							②						
							2	0	1				
			申請中										

被保険者証等の取扱 : 証回収 資格者証記載 再交付 2号申請と同時(即確認) 受給資格証

提出者	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()											
本人	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() 番号 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()											

かならずお読みください

- この届出書は、要支援認定申請時、総合事業利用申込時、介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービス事業(第1号訪問事業・第1号通所事業)を利用する前に徳島市介護保険課へ提出してください。届出のない場合は、介護サービスに必要な費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 届出時には必ず介護保険被保険者証(資格者証・受給者資格証)を提出してください。
- 届出時には必ず被保険者及び提出者の身分を証明できるものの提示をお願いします。(運転免許証、介護保険負担割合証等)
- 個人番号については、通知カード・個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 施設サービスを利用する場合は、この届出書を提出する必要はありません。

< 記入例 >

① 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]

2 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]

- ※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規・変更)を太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に注意事項を必ずお読みください。)
- ※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。
- ※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず提出してください。

該当する届出書と届出区分に○を必ず入れてください。

「介護保険被保険者証」又は「認定結果通知書」に記載の「被保険者番号」をご記入ください。

マイナンバーをご記入ください。

事業所の印が必要です。

必ず○を入れてください。

印鑑を押してください。(スタンプ印不可。朱肉を付けて押す印鑑をお願いします。)

徳島

被保険者氏名		被保険者番号																
フリガナ	トクシマ タロウ	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号						
	徳島 太郎	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	生年月日						
		明・大・昭	12年3月4日								性別							
		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女																
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(地域包括支援センター)																		
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(地域包括支援センター)番号						介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の所在地												
3	6	0	0	1	0	0	0	1	4	〒 770 - 0847								
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)名						事業所の印 が 必要 です。												
徳島市地域包括支援センター						徳島市幸町3丁目77番地												
印						電話番号(088) 624 - 7775												
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等																		
※変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 (●●年 ●●月 ●●日付)																		
変更理由の例「介護予防住所地特例施設入所のため。」など																		
徳島市長様 <input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに○を入れてください。																		
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・介護予防ケアマネジメント」の作成を依頼することを届け出します。																		
令和 年 月 日																		
住所 徳島市幸町2丁目5番地																		
被保険者 氏名 徳島 太郎 印 徳島																		
電話番号(088) 621 - 1234																		
代筆者氏名(続柄等) 徳島 花子 (続柄: 妻)																		
届出書を提出する者																		
氏名または名称(続柄等)						〒 770 - 0847												
<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄)						徳島市幸町3丁目77番地												
<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)																		
<input type="checkbox"/> その他()																		
徳島市地域包括支援センター 担当 ▲▲ ▲▲						電話番号(088) 624 - 7775												

R1.11.28

この届出書に関するお問い合わせは...

〒770-8571

徳島市幸町2丁目5番地

徳島市 介護保険課 給付係

電話 (088)-621-5585