

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
被保険者氏名	被保険者番号	
フリガナ	個人番号	
	生年月日	
	性別	
	年 月 日	
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（変更）する事業者		
事業者の事業所名、番号		
下関市（ ）地域包括支援センター 介護予防支援事業者事業所番号		
事業所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。		
(宛先) 下関市長 上記の介護予防支援事業者に、 年 月 日から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。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号		
提出代理（代行）者	氏名（事業所名） 連絡先	

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時等に、若しくは、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、速やかに下関市へ提出してください。
- 2 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を変更する時は、変更事由及び計画作成開始（変更）年月日を記入のうえ、必ず下関市に届け出してください。届け出のない場合、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 介護予防支援業務受託事業所は、この届出書を介護予防支援業務を依頼した地域包括支援センターへ提出してください。

(市記入欄)

資格等	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		
提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送		
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
個人番号確認	個人番号カード提示	有 ・ 無	※写真付は1点・写真なしは2点 身元確認
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無	
	システム確認	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		