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

被　保　険　者　氏　名	被保険者番号	０	０	０	０	０					
（フリガナ）	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日							性別		
	個人番号										
	個人番号未記載理由　□不明　□記入したくない　□その他（　　）										

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）・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

事業所名	所在地 〒	電話番号									
	事業所番号										

介護予防支援又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
※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。

委託先事業所名	所在地 〒	電話番号									
事業所を変更する場合の事由等	事業所番号										
計画作成開始（変更）日	年　　月　　日										

松　原　市　長　様

上記の介護予防支援事業所（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。
なお、本届出について上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が提出することを委任します。

年　　月　　日

（被保険者）

住所

氏名　　㊞　　（※押印必須）

電話番号

代筆者氏名　　続柄

※ 本人が自署できない場合は、家族等が記載し、代筆者氏名及び続柄を記入してください。

※ 介護保険証を被保険者に送付する場合は、□にチェックをお願いいたします。　□

（注意）

① **申請者の押印は認印で、必ずお願いいたします**。（シャチハタ印は不可です。）
② この届出書にかかる印字後の介護保険証は、原則として指定介護予防支援事業者宛ての送付となりますが、介護予防サービス計画の作成を松原市内の事業所に委託している場合、委託先の事業所に送付いたします。
③ 認定申請中のこの届出にかかる印字後の介護保険証の送付先は、ご本人宛に送付いたします。
④ この届出書は、要介護等認定の申請時、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、介護保険証を添えて速やかに松原市へ提出してください。
（暫定でサービスを利用する場合は、介護保険資格者証を添付してください。）
⑤ 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事業所又は、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事業所を変更するときは、計画作成開始（変更）日をご記入のうえ、必ず松原市に届出をしてください。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。
⑥ 住所地特例の対象となる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。

【2021年4月改訂】