

介護保険被保険者証を添付してください

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

☐ 介護予防サービス計画作成届出書		区 分	
☐ 介護予防ケアマネジメント届出書		新規 ・ 変更	
フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		生 年 月 日	
		明 ・ 大 ・ 昭	
		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又は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の名称・所在地・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事業者の名称・所在地・電話番号(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場合のみ記入)			
事業所番号			
電話 ()			
サービス開始年月日		令和 年 月 日 ~	
事業所を変更する場合の事由		※事業所を変更する場合のみ記入してください。	
武蔵野市長 殿			
上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター等）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出します。			
令和 年 月 日			
被保険者住所			
電話番号 ()			
被保険者氏名			
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援等の提供にあたり、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、主治医意見書、及び利用者負担割合を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。			
令和 年 月 日 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等が決まり次第速やかに武蔵野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等)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、必ず武蔵野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。

連絡欄(事業所⇒市、介護認定係⇒担当者)		地域包括支援センター確認欄	
市確認欄			
備考		届出の重複	
		有 ・ 無	
		被保険者証	
		回収 済 (窓 ・ 郵) ・ 未	
		交付 済 (窓 ・ 郵) ・ 未	
令和 年 月 日申請中・結果済		訂正 その他 ()	
番号確認		身元確認	
1点 □個人番号カード □住民票 □その他()		1点 □個人番号カード □運転免許証 □障害者手帳 □その他()	
2点 □介護保険証 □健康保険証 □年金手帳 □その他()		2点 □介護保険証 □健康保険証 □年金手帳 □その他()	
		確認者印	