

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

個人番号が分かる方はご記入ください。未記入の場合は市で確認します。個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

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			
個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日													
明・大・昭													
4 年 5 月 6 日													

被保険者氏名

○○ □□

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

**武蔵野市地域包括支援センター** **1303300048**  
武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市役所内

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所の名称・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)

**武蔵野指定居宅介護支援事業所**  
〒180-1234 武蔵野市○○町1-2-3

電話 0422 (○○) ○○○○

1 3 1 5 / 0 0 0 1

必ずご記入ください。

サービス開始年月日 令和 △ 年 6 月 1 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)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。

日付けは、利用者契約日。 令和 年 月 日

被保険者住所 **武蔵野市○○町3-4-5** 電話番号 0422 (○○) ○○○○

被保険者氏名 ○○ □□

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の状況を把握する必要がある時は、要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等について、必要に応じて提示することに同意します。

被保険者氏名は家族の代筆可 ※代筆者の氏名は不要

日付けは、利用者契約日。 令和 △ 年 5 月 15 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者(地域包括支援センター)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。(但し、住所地特例の対象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。)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。

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈本人確認のため〉

②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点

又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください)