

(第1号様式)

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	0000		
フリガナ		個人番号			
		生年月日		性別	
		年 月 日		男・女	
要支援認定区分等	要支援 1・2 事業対象者	認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
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 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(センター)名		所在地 〒			
介護保険事業所番号		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居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者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ください。					
事業所名		所在地 〒			
介護保険事業所番号		電話番号			
計画作成開始日(事業所変更日)		年 月 日			
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由 ※変更する場合のみ記入してください。					
(宛先) 鎌倉市長 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ます。 年 月 日 住所 電話番号 ( ) 被保険者 代筆者氏名 氏名					

※ 太枠の中のみ記入してください。

(注) この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所等が決まった場合、又は変更する場合に速やかに提出してください。届け出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

受付年月日	入力	確認