

# 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	
	明・大・昭 年 月 日	
介護予防サービス計画作成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		
地域包括支援センター名	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居宅介護支援事業者(受託する場合のみ記入) ※上記にも委託した事業所名(地域包括支援センター名)を記入すること		
(受託した事業者の事業所名)	(事業所の所在地)	〒
		電話番号 ( ) -
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。	
<input type="checkbox"/> 要支援→事業対象者となったため <input type="checkbox"/> 事業対象者→要支援の認定となったため <input type="checkbox"/> 上記以外	変更年月日 (令和 年 月 日付け)	
(宛先) 高 松 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。  令和 年 月 日  被保険者 住所  氏名		
保険者確認欄	<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	

被保険者氏名も記入してください。

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画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高松市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず高松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。

受付	入力	証回収	
		資 認 〒 押 〒 戻	

認定申請日	申請区分	前回	今回
	新規 区分変更 更新 要支援変更	介 支	介 支 事業

