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
	年　　月　　日

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 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	
事業者の事業所名 地域包括支援センター名	事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地　〒 電話番号（　　）　　－
事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年　　月　　日

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。	
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地　〒 電話番号（　　）　　－
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日
	年　　月　　日

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等
※変更する場合のみ記入してください。

岩倉市長　殿

上記の事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼すること
上記の地域包括支援センターに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。

年　　月　　日

住所

被保険者　　電話番号（　　）　　－

氏名

介護予防サービス計画の作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼（変更）する事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）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・意見及び主治医意見書を当該事業者（地域包括支援センター）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、要支援認定の申請時に、又は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等が決まり次第速やかに岩倉市へ提出してください。

2　介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する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、変更年月日を記入のうえ、必ず岩倉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。

3　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。

保険者確認欄	□　被保険者資格　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 □　介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号