

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・終了）届出書

										区 分			
										新規・変更・終了			
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号								
フリガナ													
					個 人 番 号								
					生 年 月 日						性 別		
					明・大・昭 年 月 日						男 ・ 女		
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更・終了）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・終了）する地域包括支援センター													
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名			介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒							
						電話番号 ()							
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 ()						
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（終了）する場合の理由 ※変更（終了）する場合のみ記入してください。													
変更（終了）年月日 (年 月 日付)													
愛川町長 様 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・変更・終了 することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住 所 電話番号 () 氏 名 印													
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											

- （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
決まった場合や変更・終了する場合、速やかに愛川町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）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（終了）するときは、変更（終了）年月日を記入のうえ、必ず愛川町へ届け出
てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額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。

【確認欄】町が記入します。

本人申請の場合

番号 確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民基本台帳 (身元確認不要) ☐ システム確認 ☐ その他 ☐ 住民票(番号有) ()	身元 確認	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 運転経歴証明書 ☐ その他写真付き証明書 ()		確認印
			2点以上	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 公的医療保険の被保険者証 ☐ その他 ()	

代理人申請の場合(代行申請含む)

代理権 番号 確認	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 委任状 (代行申請除く) ☐ その他 ()	代理人 身元 確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他官公署から発行・発給された写真 付き証明書 ()		確認印
	☐ 個人番号カード ☐ 住民基本台帳 ☐ システム確認 ☐ 住民票(番号有) ☐ その他 ()		2点以上	☐ 公的医療保険の被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他 ()	