

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		生 年 月 日	
フリガナ -----		明・大・昭 年 月 日	
		性 別	
		男 ・ 女	
個 人 番 号		被 保 険 者 番 号	
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			
地域包括支援センター名		事業所の所在地 〒	
電話番号（ ） -			
サービス開始（変更・終了）年月日 年 月 日より (介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月日)			
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。	
岬 町 長 様 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。 (終了を届出します。) 住 所 〒 被 保 険 者 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"/> 指定介護予防支援事業者番号		

(注意) 1 この届出書は、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が決まり次第、速やかに岬町へ提出してください。
 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日を記入のうえ、必ず岬町に届け出てください。届出のない場合は、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。
 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する場合であって、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窓口へ提出してください。