別記様式（第４条第１項）

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

令和　 年　 月　 日

（宛先）　八千代市長

下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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 個人番号 | |  | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者氏名 |  | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | 新　規　・　変　更 |
| 地域包括支援センターの所在地 | 〒  電話番号 |
| 地域包括支援センターの名称 |  |
| 担当者 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防ケアマネジメントの開始日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 介護予防・生活支援サービスの利用開始日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 地域包括支援センターを変更する場合の理由等 | ※変更する場合のみ記入してください。 |

※地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントの委託を受けた指定居宅介護支援事業者は，下記に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒  　　　　　　　　　電話番号 |
| 事業所の名称 |  |
| 担当ケアマネジャー |  |
| 介護保険事業所番号 |  |

備考

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の決定時に八千代市に提出してください。

２　介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターを変更するときは，変更する理由を記入の上，八千代市に提出してください。

３　届出がない場合は，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。

４　届出の際は，介護保険被保険者証その他市長が必要と認める書類を添　付してください。