

※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り次第速やかに茨城町へ提出してください。また、提出の際は介護保険被保険者証を添えてください。

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 **記入例**

		区分 新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		性別	
		生年	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地	
②事業所名・事業所の所在地・事業所番号を記入してください。			
		電話番号	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所又は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。			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント		④本人の都合等により事業所を変更するときは、その理由を記入してください。その際、「サービス開始（変更）年月日」に記入する日付にご注意ください。	
※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			
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。			
茨城町長 様		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	
上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）を依頼することを届け出ます。		⑤茨城町の窓口へ提出する日を記入してください。介護保険被保険者証に印字される「届出年月日」は、この日付が記載されます。	
年 月 日			
住所		電話番号（ ）	
被保険者			
⑦町で記入するので空欄のまま提出してください。		介護者証資格 <input type="checkbox"/> 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	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、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、介護認定申請書等について、当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。			
		⑥同意日、被保険者の氏名を本人もしくは代理の方（親族）が記入してください。	
年 月 日		氏名	

- (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り次第速やかに茨城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するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず茨城町へ届け出てください。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。