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

種別	区分
予防 ・ 事業	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
	昭和 ・ 大正　　年　　月　　日

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	〒
ケアマネジャー氏名		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・終了）年月日	
		令和　　年　　月　　日	

介護予防支援事業所又は地域補活支援センターを変更・終了する場合の理由等

※ 変更・終了する場合のみ記入してください。

□ 施設入所（　　）　□ 入院（　　）

□ その他：

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	〒
ケアマネジャー氏名		電話番号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更・終了）年月日	
		令和　　年　　月　　日	

居宅介護支援事業所を変更・終了する場合の理由等　※ 変更・終了する場合のみ記入してください。

□ 施設入所（　　）　□ 入院（　　）

□ その他：

遠軽町長　様

上記のとおり届け出ます。

令和　　年　　月　　日

〒

住　所

被保険者　　電話番号

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が決まり次第速やかに遠軽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）年月日を記入の上、必ず遠軽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。

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ システム入力　□ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号