

変更時は前回事業所名 包括・居宅：

# 総合事業

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

被保険者氏名	被保険者番号									
フリガナ										
	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・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

事業所番号								事業所の所在地	〒	
事業所名	印							電話番号		

事業所を変更する場合の事由等 ※変更の場合のみ記入してください。

(変更年月日 年 月 日付)

鳴門市長 様

上記の指定介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成または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。

年 月 日

住 所

被保険者 氏 名 印 電話番号

代筆者氏名(続柄等) ( )

届出書を提出する者

氏名または名称(続柄等)	住所または所在地	〒
<input type="checkbox"/> 家族(氏名 続柄 )		
<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業所		
<input type="checkbox"/> その他( )		
名称及び提出者		

委託した場合の居宅介護支援事業所
番号
名称

保険者 確認欄	□被保険者資格		□届出の重複	
	決裁	証交付	確認	受付

(注意) 1. この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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鳴門市長寿介護課へ提出してください。(介護保険被保険者証を必ず添付してください。)  
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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鳴門市長寿介護課に届出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用をいったん、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所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。