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

区　分	住所地特例（ありの場合のみ保険者名も記入してください。
新規 ・ 変更	あり・なし　保険者名（　　）

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日
	明・大・昭　　年　　月　　日

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所
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）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	〒６３５－０８２１
広陵町地域包括支援センター	**奈良県北葛城郡広陵町大字笠１６１番地２**	
サービス開始年月日 （令和　　年　　月　　日付）		
事業所番号	電話番号　０７４５（５４）６６６３	

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又は介護予防ケアマネジメント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　〒
	電話番号　（　　）

介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

※事業所を変更する場合のみ記入してください。　　変更年月日
（令和　　年　　月　　日付）

広　陵　町　長　様

上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に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ことを届出します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住　所
　　氏　名　　電話番号　（　　）

介護予防サービス計画の作成（変更）するために、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示するとに同意します。　令和　　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広陵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、必ず広陵町へ届出してください。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。

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 個人番号（　無　・　有　）	確認方法 個人番号カード ・ 通知カード 免 ・ 割 ・ 医保 ・その他（　　）