

□ 介護予防サービス計画作成（変更）依頼届出書

□ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【総合事業】

（該当する項目に☑してください。）

区分	サービス開始（変更）年月日				希望サービス内容			
新規・変更	令和	年	月	日	①総合事業 訪問型・通所型 ②他（ ）			
被保険者氏名					被保険者番号			
(フリガナ)								
					生年月日			
個人番号					明・大・昭 年 月 日			
担当する介護予防支援事業所名								
事業所名					事業所の所在地	〒		
事業所番号					電話番号（ ）			
□介護予防サービス計画作成・□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 ※居宅介護支援事業所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								
事業所名					事業所の所在地	〒		
事業所番号					電話番号（ ）			
事業所を変更する場合のみ記入してください								
変更前の事業所名								
変更する理由								
葛飾区長あて 上記の事業所に □介護予防サービス計画作成 □介護予防ケアマネジメント（該当する項目に☑して ください。）を依頼することを届け出ます。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号（ ）								
保険者 記入欄	□被保険者資格 □住所地特例対象者	要介護状態区分 要支援1・2、事業対象者			認定有効開始日 年 月 日		認定有効終了日 年 月 日	

（注意）

- この届出書は、介護予防サービス計画作成及び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葛飾区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成及び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、必ず葛飾区へ届け出てください。届け出のない場合、サービス利用に係る費用を一時的に全額自己負担していただくことがあります。
- 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区市町村の窓口へ介護保険被保険者証の写しと一緒に提出してください。

受付印

介護保険申請日	被保険者証発送日	負担割合証
年 月 日	年 月 日	有・無