

1 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

区分 [新規・変更]

2 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分 [新規・変更]


(受付印)

※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規か変更)に○印をご記入ください。

※ 太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に記入例有)

※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。

※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

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作成を依頼(変更)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)する地域包括支援センター									
事業所番号					事業所の所在地				
					〒 -				
事業所名					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。									
事業所を変更する場合の事由 <input type="checkbox"/> 自宅から近くて便利 <input type="checkbox"/> サービス事業所と同系列の事業所が便利 <input type="checkbox"/> 主治医と連携のとれる事業所を希望 <input type="checkbox"/> 前事業所の休止・廃止 <input type="checkbox"/> 前事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()					新事業所でのケアプラン作成開始年月日(変更年月日) 令和 年 月 日 ・前事業所へ契約の解約について連絡をした日 令和 年 月 日 ・前事業所へ連絡した人(続柄) ()				
徳島市長様  該当するものに○を入れてください。									
上記の事業者に【 介護予防サービス計画 ・ 介護予防ケアマネジメント 】の作成を依頼することを届け出します。									
令和 年 月 日									
住所									
被保険者									
氏名					電話番号() -				
代筆者氏名(続柄等)					(続柄:)				
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(本人との続柄) () <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()					〒 - 電話番号() -				

課長	課長補佐	係長	証交付	確認	入力日	入力	受付日	受付	備考
			申請中		/		/		

被保険者証等の取扱：証回収 資格者証記載 資格者証回収 資格者証記載欄なし
再交付 2号申請と同時(即確認) 介護扶助からの引継ぎ 異動届あり 転入

提出者	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()									
本人	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 委任状						番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 転入証明票									

かならずお読みください

- この届出書は、要支援認定申請時、総合事業利用申込時、介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービス事業(第1号訪問事業・第1号通所事業)を利用する前に徳島市高齢介護課へ提出してください。届出のない場合は、介護サービスに必要な費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 届出時には必ず介護保険被保険者証(資格者証・受給者資格証)を提出してください。
- 届出時には必ず被保険者及び提出者の身分を証明できるものの提示をお願いします。(運転免許証、介護保険負担割合証等)
- 個人番号については、通知カード・個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 施設サービスを利用する場合は、この届出書を提出する必要はありません。

< 記入例 >

- 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書
- 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

- ※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規か変更)を必ず記入してください。
- ※ 太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に記載の注意事項を必ずお読みください。)
- ※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

該当する届出書と届出区分に○を必ず入れてください。

区分 [新規・変更]
区分 **新規**

「介護保険被保険者証」又は「認定結果通知書」に記載の「被保険者番号」をご記入ください。

被保険者氏名		被保険者番号										
フリガナ	トクシマ タロウ	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
徳島 太郎		個人番号										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	
		生年月日										
		明・大・昭 12 年 3 月 5 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者 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												
事業所番号						事業所の所在地						
3	6	1	2	3	4	5	6	7	8	〒 770 - 0000		
事業所名						〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地						
●●市地域包括支援センター						電話番号(088) 621 - 0000						
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターの場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。												
事業所を変更する場合の事由						新事業所でのケアプラン作成開始年月日(変更年月日)						
<input type="checkbox"/> 自宅から近くて便利 <input type="checkbox"/> サービス事業所と同系列の事業所が <input type="checkbox"/> 主治医と連携のとれる事業所を希望 <input type="checkbox"/> 前事業所の休止・廃止 <input type="checkbox"/> 前事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他						変更理由の例 「介護予防住居特例施設入居のため。」など 変更の場合のみ記入ください。						
						令和 7 年 1 月 27 日						
						前事業所へ契約の解約について連絡をした日 令和 7 年 1 月 26 日						
						前事業所へ連絡した人(続柄) 徳島 花子 (妻)						
徳島市長様 <input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに○を入れてください。												
上記の事業者には【 介護予防サービス計画 介護予防ケアマネジメント 】の作成を依頼することを届け出します。												
令和 7 年 1 月 27 日 適用開始日を必ず記入してください。												
住所 徳島市幸町2丁目5番地												
被保険者 氏名 徳島 太郎						電話番号(088) 621 - 1234						
代筆者氏名(続柄等) 徳島 花子						(続柄: 妻)						
届出書を提出する者												
氏名または名称(続柄等)						〒 770 - 0000						
<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄) <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他						〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地						
●●市地域包括支援センター 担当 ▲▲▲▲						電話番号(088) 621 - 0000						

R7.1.21

この届出書に関するお問い合わせは...

〒770-8571

徳島市幸町2丁目5番地
徳島市 高齢介護課 給付係
電話 (088)-621-5585