

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
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	
<p>■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</p>			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	
		〒	
		電話番号 — —	
変更年月日 (令和 年 月 日付)	事業所番号		
<p>■介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者</p> <p>※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。</p>			
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 — —	
<p>■介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等(※変更する場合のみ記入してください。)</p>			
<p>芦屋市長 あて</p> <p>上記の介護予防支援事業者に、介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>被保険者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 — —</p>			

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、もしくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに芦屋市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず芦屋市に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

※芦屋市介護保険課確認欄

被保険者証回収	フリガナ-トナ-登録日	被保険者証発行
済 ・ 未	/	済 ・ 申請中 (未発行)