

# 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	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

**■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依頼（変更）する介護予防支援事業者**

<u>介護予防支援事業所名</u>	<u>介護予防支援事業所の住所</u> 〒
	電話番号      -      -
<u>介護予防支援事業所番号</u>	<u>サービス開始（変更）年月日</u>
	年      月      日

**■介護予防支援事業所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。

<u>居宅介護支援事業所名</u>	<u>居宅介護支援事業所の住所</u> 〒
	電話番号      -      -
<u>居宅介護支援事業所番号</u>	

**■介護予防支援事業所、介護予防ケアマネジメント事業所、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。）**

芦屋市長  あて

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・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

電話番号      -      -

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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

\_\_\_\_\_年      月      日      氏名

- (注意) 1 この届出書は介護予防サービス計画作成又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、必ず芦屋市に届け出てください。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。

**※芦屋市高齢介護課確認欄**

被保険者証回収	ライフ-トナ-登録日	被保険者証発行
済    未	/	済    申請中