

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(該当を○で囲む)

新規・変更

被 保 険 者 氏 名				性別	被 保 険 者 番 号									
フリガナ				男										
				・	生年月日				大・昭 年 月 日					
				女										
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する地域包括支援センターまたは指定介護予防支援事業所														
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。														
適用(変更)年月日				年 月 日から適用する。										
三宅町長 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の計画作成又は														
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。														
年 月 日														
住所 奈良県磯城郡三宅町														
被保険者				電話番号 ( )										
氏名														

※窓口に来られる方が被保険者本人以外の場合は、裏面の委任状が必要となります。

受付印

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 代理人身分証明書確認
	<input type="checkbox"/> 事業所番号	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	
	<input type="checkbox"/> システム入力	<input type="checkbox"/> 保険証交付( 窓口・郵送 )	

(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三宅町介護保険担当課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者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず三宅町へ届出をしてください。届け出のない場合、サービスにかかる費用の全額を一旦、全額負担していただく場合があります。

## 委任状

三宅町長 殿

私の居宅サービス計画作成依頼(変更)届出等の申請及び受領に関する件を下記の代理人に委任します。

【代理人】(窓口に来られる人)

住 所: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

被保険者との関係 家族 法定代理人 ケアマネジャー  
その他

年 月 日

【被保険者】

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

※代理人が窓口に来られる際は、代理人の身分証明書をご持参ください。