

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

フリガナ 被保険者番号
被保険者氏名
生年月日 性別
略・証・脚 年 月 日 男・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（介護予防支援事業者）
川本町 地域包括支援センター

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所
（地域包括支援センターが介護予防支援を委託する場合のみ記入）

所在地 〒
電話（ ） -

事業者名

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下さい。

変更年月日 平成 年 月 日付

邑智郡総合事務組合管理者 様
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け出ます。
平成 年 月 日
住所
電話（ ） -
被保険者氏名 (印)

役場介護保険 担当課確認欄
□被保険者資格 □届出の重複
□介護予防支援事業者事業所番号

(お願い)
この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは認定結果が通知されたら、サービスをご利用する前までに太枠内を記入して必ず川本町役場へ提出して下さい。

(注 意)
この届出書を提出せずにサービスを利用した場合の費用は、通常は1割ですが、いったん全額を自己負担していただくことがあります。