## 様式第1号(第8条関係)

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

	基本チ	·	ו ה.	フレゴ	7 1 1 口			年		н	_	1			-			分	
	<u> 本半り</u>	エツ	<u>'29</u>	<u>ヘ ド</u> ョ	そ他口	•			•	<u>月</u>	E	1_		親	,規	•	変	更	
- 11 1	8.1									被	: 保	!	き者	番	号				
フリオ																			
											個	· 人	、番	号	l				
被保険者	<b></b> 氏名										生	- 年	- 月	月					
												年		月		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																			
介護予防支援事業所名							介護予防支援事業所の所在地												
地域包括支援センター名							地域包括支援センターの所在地												
								電話番号( )											
介護予防支援事業所(地域包括支援セン																			
													年		月		日		
介護予防	 方支援事	業所	上 若しく	くは地		· 舌支	援セ	ンタ	一変	更す	る場	合の	事由	<del>——</del>					
※事業所	斤を変更	する	場合の	つみ記	入し	てく	ださ	ر را در ا											
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																			
							<ul><li>夢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。</li><li>居宅介護支援事業所の所在地</li></ul>												
居宅介護支援事業所名						占	七月百	<b>漫</b> 又	1万尹	未別	V)[7]	土地							
							電話番号( )												
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等																			
※ 事業所を変更する場合のみ記入してください。																			
整田市長																			
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計画の作成又は介護																			
予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。																			
	·	J.	1	日															
住所 被保険者							電話番号( )												
		电叫笛 7 ( )																	
		€名 T _	7th /	'兄  全⇒	公次均		7 5	! Ш Ф	舌光	î									
/III III 1	-1 IP-	□ 被保険者資格 □ 届出の重複 □ 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号																	
保険者	催認欄		. / 1 ト	~ · D			-1/1	, \				_	, ш						

- (注) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次 第、速やかに磐田市へ提出してください。
  - 2 介護予防サービス計画の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 記入の上、必ず磐田市に届出してください。届出のない場合は、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 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。