

第 4 号様式（第 9 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

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書  |  | 区分          |
| <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント届出書  |  | 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   |  | 性 別         |
|   |  | 男 ・ 女       |
| 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所<br>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<br>地域包括支援センター名   | 介護予防支援事業所の所在地<br>地域包括支援センターの所在地                                      | 〒           |
|   |  | 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<br>※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。                           |  |             |
| 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 ( )    |
| 事業所を変更する場合の事由   |  |             |
| サービス開始又は変更年月日   |  |             |
| 年 月 日 付   |  |             |
| 狛江市長 宛て<br>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作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）します。<br>年 月 日<br>住 所<br>被保険者 電話番号 ( )<br>氏 名 |  |             |
| 保険者確認欄  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br>備考 |             |

(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等が決まり次第速やかに狛江市に提出してください。  
 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（地域包括支援センター）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介護支援事業所を変更するときは、必ず狛江市に届け出てください。（ただし、住所地特例の対象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。）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。