

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書兼  
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	性別				
大正・昭和 年 月 日	男・女				

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地	〒
	電話番号	( )
居宅介護支援事業所番号		

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）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地	〒
	電話番号	( )
介護予防支援事業所番号		

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下さい。

事業者の事業所名	事業所の所在地	〒
	電話番号	( )
居宅介護支援事業所番号		

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下さい。

変更年月日（令和 年 月 日付）

（宛先）幸田町長  
上記の居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター（介護予防支援事業者）に居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）することを届け出します。

令和 年 月 日

住所

被保険者 電話番号 ( )

氏名 \_\_\_\_\_

介護保険被保険者証の受領を上記事業者に委任します。

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 要支援 ( )	提出	身元確認
	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 要介護 ( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> 事業所番号	<input type="checkbox"/> 事業対象者	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	受付者	システム入力	被保険者証	
		個人番号の確認		
			<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ( ) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類（通知カード等）	

(注意) 1 この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時に、居宅（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、**介護保険被保険者証と一緒に**幸田町へ提出してください。

2 居宅（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を変更する場合は、変更年月日等を記入の上、幸田町に提出してください。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。