

様式第23号の3(第30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

		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			
年 月 日			
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介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)			
介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)名		介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)の所在地	
		〒	
事業所(地域包括支援センター)番号			
		電話番号	
介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)を変更する場合の事由等		※変更する場合は必ず記入してください。	
変更年月日(年 月 日付)			
(宛先)鶴ヶ島市長			
上記の介護予防支援事業者事業所(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することを届出します。			
年 月 日			
住 所			
被保険者		電話番号	
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 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		

- 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(地域包括支援センター)が決まり次第、速やかに鶴ヶ島市へ提出してください。
- 2 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ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鶴ヶ島市に届け出してください。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。
- 3 住所地特例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。