様式第２号（第１３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		
	生年月日	性別
	年　月　日	男・女

介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント作成を依頼（変更）する事業所	
事業者の事業所名	事業所の所在地

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 （　　年　　月　　日付）

東近江市長　　様

上記の介護予防支援事業所に介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。

令和　　年　　月　　日

被保険者
住　所
氏　名　　印
電話番号　　（　　）

保険者確認欄	
	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　介護予防支援事業所番号 □　受託　無・有　　□　受託先居宅介護支援事業所名 □　受託先居宅介護支援事業所番号 □　受託先介護支援専門員氏名 □　受託先介護支援専門員番号

備考

１　この届出書は、要支援認定の申請時に、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに東近江市へ提出してください。

２　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成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上、必ず東近江市に届け出てください。届出のない場合、介護予防サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。