介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
ﾌﾘｶﾞﾅ	
	個人番号
	生年月日 / 性別
	明・大・昭　　年　　月　　日 / 男・女

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		
事業所番号		事業所の所在地
事業所名		
担当者氏名		
介護支援専門員登録番号		電話番号　　（　　）

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 （居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。）		
事業所番号		事業所の所在地
事業所名		
担当者氏名		
介護支援専門員登録番号		電話番号　　（　　）

介護予防支援事業所または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下さい。

変更年月日
（令和　　年　　月　　日付）

山陽小野田市長　宛

上記の居宅介護支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所

氏名　　電話番号　　（　　）

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複

注１）この届出書は、要支援認定の申請時に、もしくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに山陽小野田市（介護保険係）へ提出して下さい。

注２）介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援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、必ず山陽小野田市（介護保険係）に届け出てください。届け出のない場合、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。

受付印