

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	
		明・大・昭 年 月 日	
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）			
高齢者サポートセンター （地域包括支援センター）名		高齢者サポートセンター （地域包括支援センター）の所在地	
		〒	
		電話番号（ ）	
介護予防支援事業所番号		基本チェックリスト実施日	
		令和 年 月 日	
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 ※居宅介護支援事業者が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。			
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（ ）	
高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 （令和 年 月 日付）			
市川市長 上記の高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）に介護予防ケアマネジメントを 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 電話番号（ ）			
保険者確認欄		☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 高齢者サポートセンター（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市川市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）を決定した年月日を記入してください。
- 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市川市へ届け出てください。
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。
- 4 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。