

様式第237号の4（第419条、第427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

区分に○を付けてください

区分

新規 ・ 変更

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ ヨシカワ タロウ		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
吉川 太郎		個人番号	
		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
		生年月日	
		○○年 ○○月 ○○日	
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 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒○○○ - ○○○○	
○○地域包括支援センター		○○県○○市○○丁目○○番地○○ 電話番号 ○○○(○○○)○○○	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		○○年 ○○月 ○○日	
介護予防支援事業所又は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。			
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ください。			
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		
居宅介護支援事業所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。			
吉川市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の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			
被保険者	住所 ○○県○○市○○丁目○○番地○○	電話番号	○○○(○○○)○○○
	氏名 吉川 太郎		
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		

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が介護予防支援の提供にあたり、被保
 者の時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定
 当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

本人が署名してください。

家族が代筆の場合は代筆者の氏名と

続柄も記入してください。

○○年○○月○○日 氏名 **吉川 太郎 吉川 一朗（長男代筆）**

介護予防サービス計画の作成又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
 次第速やかに吉川市へ提出してください。

- 介護予防サービス計画の作成若しく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所（地域包
 括支援センター）又は介護予防支援若しくは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所を
 変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず吉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。
- 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。