**介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　太線の枠内についてご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **区分** | | | | | | | | | |
| 新規　・　変更 | | | | | | | | | |
| **被保険者氏名** | | | | **被保険者番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | **個人番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | **生年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **性別** | | | | | |
| 明・大・昭・西暦　　　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「地域包括支援センター」** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | **所在地** | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **地域包括支援センターより計画作成を委託されている場合の「居宅介護支援事業所」** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **名称** |  | | | | | | | **所在地** | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **電話番号** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **計画作成開始日** | |  | | | **事業所を変更する場合の理由等　※変更する場合のみ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **平成・令和　　　年　　　月　　　日より** | | | | | **変更年月日（平成・令和　　　年　　　月　　　日付）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　宝塚市長  　上記の地域包括支援センター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  **住所**  **被保険者**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**電話番号**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保険者確認欄** | | | □　被保険者資格　　　　□　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **地域包括支援センター** | | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  |

（ご注意）１　この届出書は、要介護（要支援）認定の申請時、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する地域包括支援センターが決まり次第速やかに宝塚市へ提出してください。

　　　　　２　介護予防サービス計画の作成を依頼する地域包括支援センター又は計画作成を委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、必ず宝塚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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受付印 |  | 受付担当 |  | □　被保険者証に記載  □　資格者証に記載  □　本人、家族が届出／事業者へ連絡　□未　□済  □　地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）届出 |