

**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**

（ 新規 ・ 変更 ）

被保険者氏名	男・女										
生年月日	明・大・昭			年		月		日			
被保険者番号											
個人番号											

**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**

事業者の事業所名	上富良野町地域包括支援センター
事業所の所在地	〒071-0561 上富良野町大町2丁目8番4号 TEL0167-45-6533

**介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※受託する場合のみ記入。**

居宅介護支援事業所名	
居宅介護支援事業所の所在地	
変更する場合の事由等	※介護予防事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合のみ記入してください。
変更年月日	年 月 日付

上富良野町長 様

上記の居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所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。

年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑨ 電話番号 \_\_\_\_\_

保険者確認欄	<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 (地域包括センター) 番号										

注意 1 この届出書は要介護認定の申請時若しくは、居宅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上富良野町へ提出してください。

2 居宅サービス計画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うえ、必ず上富良野町に届け出てください。届け出のない場合は、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。