

他市町村住所地特例適用の要支援1・2・事業対象者の方

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

No. _____

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		0 0 0	
□		個人番号	
		生年月日	
		明治・大正・昭和 年 月 日	
保険者市町村		保険者番号	
市・町・村			
介護予防サービス計画作成又は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			
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地	
□		〒 (電話番号)	
事業所番号			
□ 登録年月日(サービス開始年月日)		令和 年 月 日付	
地域包括支援センターを変更する場合の事由等			
□			
<p>(宛先) 高槻市長</p> <p>上記の地域包括支援センターに介護予防サービス計画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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p>			
被保険者	住所		
	氏名		
			電話番号

- (注意) 1 この届出書は、次のいずれかの方法で、高槻市へ提出してください。
 (ア) 依頼する事業所から提出。
 (イ) 依頼する事業所に確認をもらったうえで、本人(家族)から提出。
 2 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を登録するときは、登録年月日を記入の上、必ず、高槻市へ提出してください。
 提出のない場合、サービス利用に係る費用をいったん、全額負担していただくことがあります。

これより下欄は、記入しないでください。		受付印
処理欄	①証コピー: 有・無 ② 年 月 日証登録後、該当保険者へ郵送済	