　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入力者サイン　確認者サイン

**※太枠内を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | | | | | 新規・変更 | | | | | | | | |  |
|  | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |
|  | 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 明・大・昭  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス開始（予定）日 | | | | | | | | | 令和　 年　 月 　日 | | | | | | | | | | 電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委託事業者の事業所名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 包括支援センターを変更する場合の事由等 | | | | | | | | | | | | | | | ※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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 砺波地方介護保険組合　理事長　宛  　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出します。  　平成　　年　　月　　日  　　被保険者　住所　富山県  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| （注意） | | | | １　この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する際に、速やかに地域包括支援センター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を変更するときは、変更年月日を記入の上、地域包括支援センターに届出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |