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。 |  |