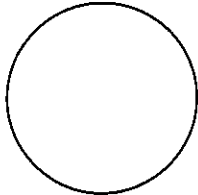


| | |
|--------|--------|
| 入力者サイン | 確認者サイン |
|--------|--------|



※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 | | | 平成 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 (平成 年 月 日付) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>砺波地方介護保険組合 理事長 宛</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を依頼することを届出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者 住所 富山県</p> <p>氏名 電話番号（ ） -</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 地域包括支援センター事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画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。
 - 介護予防サービス計画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。