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・介護予防ケアマネジメント依頼（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・介護予防ケアマネジメント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	

地域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）

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。

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又は介護予防ケアマネジメントを依頼する際に、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又は介護予防ケアマネジメント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。