

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

該当するいずれかの項目を
チェックしてください。

【提出事由】 いずれかにチェックを入れてください。

要介護 ⇒ 要支援
 新規 新規申請
 その他 ()

要支援 ⇒ 事業対象者
 変更 事業対象者 ⇒ 要支援
 居宅の変更

受付印

被保険者氏名

被保険者番号

フリガナ

0 0 0

個人番号（マイナンバー）を
記入してください。

個人番号（マイナンバー）

生年月日

明・大・昭

年

月

日

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（変更）する高齢者支援センター

高齢者支援センター名

事業所の所在地

〒

担当（

事業所番号

サービス開始年月日を記入してください。
※要支援 ⇒ 事業対象者の場合は、認定有効期間終了日の
翌月1日の日付で記入してください。

電話番号

()

開始又は変更年月日

(

年

月

日付)

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合のみ記入してください。

委託居宅介護支援事業所名

電話番号

()

届出時に委託先が決まっている場合は
記入してください。

事業所番号

町田市長様

上記の介護予防支援事業者へ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ます。

年

月

日

被保険者が署名した日付を記入してください。

住所

被保険者

氏名

電話番号

()

(注意)

- 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに町田市へ提出してください。
 - 2 事業対象者として介護予防ケアマネジメントの依頼をするときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
 - 3 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入してください。
 - 4 住所地特例の対象となる施設に入居中の居宅介護支援事業所へ依頼する場合は、必ず「住所特例」の欄に「○」を記入してください。
- ※届出のない場合、サービスに係る費用を

情報提供時に必要となりますので、
必ずどちらかにチェックしてください。

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する
被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護
による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予

援事業者が介護予防支援の提供に当たり、
要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会に
援事業者に必要な範囲で提示することに

同意します

同意しません

保険者確認欄

こちらは記入不要です