

☐ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

☒ 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

被保険者氏名

フリガナ **オサキ タロウ**

岡崎 太郎

生 年 月 日

明・大・**昭** 10 年 4 月 1 日

性 別

男・女

個 人 番 号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 0

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者

居宅介護支援事業所名

居宅介護支援事業所の所在地

〒 —

ケアマネジメント担当地域包括支援センターを記入してください。

居宅介護支援事業所が受託する場合は受託事業所名も記入してください。（ ）

介護予防支援事業所

（地域包括支援センター）名

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の所在地

〒 444-1000

〇〇地域包括支援センター

岡崎市〇〇町1丁目1番地

事業所番号 2 3 0 2 1 0 0 0 0 0

電話番号 **0564 (23) 1000**

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者

※受託する場合のみ記入してください。

受託事業所名

受託事業所の所在地

〒 444-2000

△△居宅介護支援事業所

岡崎市△△町1丁目1番地

事業所番号 2 3 7 2 1 0 0 0 0 0

電話番号 **0564 (23) 2000**

事業所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） 変更前の事業所名（ ）

（宛先）岡 崎 市 長

上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に居宅（介護予防）サービス計画作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出します。

令和 ○年 ○月 ○日

住 所 **岡崎市〇〇町1丁目1番地**

被保険者

電話番号 **0564 (23) 3000**

氏 名 **岡崎 太郎**

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を上記事業所等の職員へ交付することに

☒ 同意する ☐ 同意しない

（注意）1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が速やかに岡崎市へ提出してください。

- 2 居 住 する 事業所を変更する場合、サービスが同意されるかどうかチェックしてください。
- 3 居 住 者 証 チェックがない、もしくは同意しないにチェックがされている場合は、窓口で職員のかたに保険証等をお渡しできません。ご注意ください。
- 4 介 護 保険資格