



介護予防(居宅)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 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	生 年 月 日
	明・大・昭 年 月 日

介護予防サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	
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
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)の事業所番号	電話() -

要介護1～5になった場合に予定している居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業所	
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地
居宅介護支援事業所の事業所番号	電話() -

介護予防支援事業所(地域包括支援センター)または予定している居宅介護支援事業所を変更する場合の事由と変更年月日	
※ 変更する場合のみ記入してください。	
変更年月日(年 月 日)	

(宛先) 松山市長
 上記の事業所等に介護予防(居宅)サービス計画作成または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。

年 月 日

住所
 被保険者 氏名(自署) 電話() -

- (注) 1 この届出書は、要介護認定の申請時や、介護予防サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第、速やかに介護保険課へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)または予定の居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず介護保険課へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

保 険 者 確 認 欄	備 考	受 付	入 力	確 認