

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区 分		窓口担当	所属				
新規・変更			氏名				
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	
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター							
地域包括支援センター名			地域包括支援センターの所在地			〒	
地域包括支援センター			電話番号				
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 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。							
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地			〒		
		電話番号 ()					
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等							
※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)							
周南市長 様 上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に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 被保険者 氏 名 電話番号 ()							

- (注意) 1 この届出書は、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周南市へ提出してください。(介護支援専門員に代行してもらうこともできます)
- 2 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（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、必ず周南市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。

市 処理欄	入力			発行		発送
	チェックリスト	依頼届	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 市	被保険者証	負担割合証	
	/	/		/	/ ()	