**介護予防ケアマネジメント依頼（新規・変更・終了）届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 ・ 終了 | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | 性別 | | | |
| 年　 月　　日 | | | | | | | | 男・女 | | | |
| 介護予防ケアマネジメントを依頼（新規・変更・終了）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 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 〒  電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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支援又は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　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更（終了）する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防ケアマネジメント依頼（新規・変更・終了）年月日（　　　　年　　月　　日付け） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三浦市長  　　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  （新規・変更・終了）することを届け出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　被保険者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）  　　　　　　　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄（以下は記入しないで下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 被保険者資格　□　届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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三浦市へ提

出してください。

２　介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必

ず三浦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。