

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

川西市長 あて

次のとおり、地域包括支援センターに〔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ます。

提出日： 年 月 日

開始日	年 月 日	区分	新規・変更
基本チェックリスト実施日	年 月 日		

※基本チェックリスト実施日は介護予防ケアマネジメント対象者のみ記入してください。

被保険者氏名				被保険者番号			
フリガナ							
				個人番号			
電話番号				生年月日		性別	
()				明・大・昭 年 月 日		男・女	
住所							

介護予防サービス計画の作成または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 〒	
事業所番号 ()		電話番号 ()	
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 ※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ください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
事業所番号 ()		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）			
変更年月日 年 月 日			

介護保険資格者証 (介護予防ケアマネジメントのみ)
必要
不要

提出者	氏名又は名称	
	住所	
	電話番号	

【添付書類】

- ・介護保険被保険者証
- ・基本チェックリスト(介護予防ケアマネジメントの場合)

【注意】 この届出書は、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事業所等が
決まり次第速やかに川西市介護保険課へ提出してください。

市記入欄	被保証	有	受付	入力	発行	申請状態	新規
		無					更新
	チェックリスト	有	/				
		無					