

居宅サービス(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

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号											
フリガナ												
	個 人 番 号											
	生 年 月 日											
	年 月 日											

サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 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												
事業所名又は地域包括支援センター名	事業所の所在地											
	〒											
	電話番号 ()											
	事業所番号											
サービス開始(変更)年月日 みたか日常生活チェックシート実施年月日	*該当する方に○ 新規 ・ 変更	年 月 日										



変更前の事業所名 又は地域包括支援センター名	*変更の場合のみ記入してください。
変更事由等	

(あて先)三鷹市長 上記の事業者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ことを届け出ます。 年 月 日	
(被保険者) 住所	
氏名	電話番号 ()

計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者等※1が居宅介護支援等※2の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。	
※1 居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、(看護)小規模多機能型居宅介護事業者、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 ※2 居宅介護支援、介護予防支援、(看護)小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	
年 月 日 氏名	

代理人を定めて申請する場合、上記の届出について下記の者に委任します。	
代理人氏名	被保険者から見た関係

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくはサービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに三鷹市へ提出してください。
2 サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず三鷹市に届出をしてください。
届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

三鷹市確認欄			備考	受付印
確認	入力	受付		