

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

区 分
新規・変更

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
要支援認定区分等	要支援 1・2 事業対象者	認定有効期間	年	月	日 から 年 月 日 まで

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所
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（センター）名	所在地 〒
介護保険事業所番号	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所
※居宅介護支援事業所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。

事業所名	所在地 〒
介護保険事業所番号	電話番号

サービス開始（変更）年月日	年 月 日
---------------	-------

介護予防支援事業所（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事由
※変更する場合のみ記入してください。

（宛先） 鎌倉市長

上記の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に介護予防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

住所 電話番号 ()

被保険者氏名 代筆者氏名

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所が介護予防支援の提供に当たり、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介護予防支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- （注意） 1 この届出書は、介護予防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事業所等が決まり次第速やかに鎌倉市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若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）又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず鎌倉市に届け出てください。届け出のない場合は、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。

受付年月日	入力	確認