

介護予防サービス計画作成依頼（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	
		性 別	
		明・大・昭	
		年 月 日	
		男・女	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業者の事業所名		事業所の所在地	
担 当 者 名			
事業所番号		電話番号（ ）	
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。	
香 美 町 長 様			
上記の介護予防支援事業者に令和 年 月 日から介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。			
令和 年 月 日			
被保険者 住 所			
氏 名			
電話番号（ ）			

代 理 人			
代理人 住 所			
氏 名			
電話番号（ ）			
被保険者との関係（ ）			

- (注意)
- 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに香美町福祉課介護保険係へ提出して下さい。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更事由を記入のうえ、必ず香美町福祉課介護保険係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、全額負担していただくことがあります。

町 記 入 欄	提 出	☐ 本人 ☐ 代理 ☐ 代行 ☐ 郵送			
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証		
		写真無 (2種類)	☐ その他()		
	代理権の確認	☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証など			
	個人番号の確認	☐ 個人番号(通知)カード ☐ 住民票(個人番号有)など ☐ 同意の上職員が確認			

☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複
☐ 契約解除の有無
☐ 居宅介護支援事業所番号 ()