

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

☐	介護予防サービス計画作成届出書	提出先：墨田区介護保険課給付・事業者担当	区分
☐	介護予防ケアマネジメント届出書	提出先：墨田区高齢者福祉課地域支援係	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	☐ 要 支 援 1
		明・大・昭	☐ 要 支 援 2
		年 月 日	☐ 事 業 対 象 者
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒 —	
		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・事業所番号		居宅介護支援事業所の所在地 〒 —	
		電話番号	
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (年 月 日付)			
墨 田 区 長 あて			
上記の介護予防支援事業者に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ことを届出ます。			
年 月 日			
住 所			
被保険者 氏 名			
電話番号			
介護予防支援 事業所記入欄	サービス計画開始（変更）年月日 年 月 日		
	(事業所名) (介護予防支援事業所番号)		
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 【入力】 ☐ 給付担当 ☐ 地域支援係 ☐ 地域支援係 ☐ 基本チェックリスト 【資格・保険料担当】 ☐ 被保証発行 ☐ 負担割合証発行		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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、速やかに所定の部署へ提出してください（上記「提出先」参照）
- 2 介護予防サービス計画の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うえ、必ず届け出てください。（但し、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区市町村の窓口に提出してください。）届出のない場合、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。
- (お問い合わせ先及び提出先) 墨田区介護保険課給付・事業者担当 電話番号 03 (5608) 6149
墨田区高齢者福祉課地域支援係 電話番号 03 (5608) 6178