

※該当する□にレ点を記入してください

- 居宅サービス計画作成  
 介護予防サービス計画作成 依頼（変更）届  
 介護予防ケアマネジメント

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				
				年 月 日			男 ・ 女				
居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所											
事業所名				事業所の所在地		〒					
事業所番号				電話番号 ( )							
【サービス（給付管理）開始又は変更年月日】				年 月 日							
事業所を変更する場合の理由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。									
高根沢町長 様 上記の <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 に居宅サービス計画・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しますので届出 します。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>											
被保険者 住所 氏 名		電話番号 ( )									

- (注意) 1 この届出書は、居宅（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が決まり次第速やかに高根沢町へ提出してください。
- 2 居宅（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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず高根沢町に届出してください。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。
- 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。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号
--------	---

受 付