記入例

様式第１８号（第１１条関係）

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　カミアマクサ　タロウ	○○○○○○○○○○	
	個　人　番　号	
	○○○○○○○○○○○○	
上天草　太郎	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　〒８６１－６１９２
上天草市地域包括支援センター	上天草市松島町合津７９１５番地１ 電話番号　０９６９（５６）１１１１

介護予防支援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	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
※事業所を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）

上天草市長　様

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を依頼することを届け出ます。

令和○○年○○月○○日

住　所　上天草市○○町××○○○○番地

被保険者

氏　名　上天草　太郎　　電話番号　○○○○-○○-○○

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所番号

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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及び意見並びに主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和○○年○○月○○日　　氏名（署名）上天草　太郎

（注意）１　この届出は、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、速やかに上天草市高齢者ふれあい課へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず上天草市健康福祉部高齢者ふれあい課に届け出てください。届出のない場合は、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。

市記入欄	入力年月日	被保険者証	
	．　．	回収・未回収	発行・未発行