

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		性 別	被 保 険 者 番 号									
フリガナ		男・女	0	0	0	0						
氏名	個 人 番 号											
	生 年 月 日											
	明・大・昭 年 月 日											

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												
事業所名					所在地	〒 -						
						電話番号 - -						
介護予防支援事業者事業所番号												
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。												
事業所名					所在地	〒 -						
						電話番号 - -						
事業所を変更する場合の事由等												
新規・変更年月日(平成 年 月 日付)												
(あて先) 寝屋川市長												
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出します。												
平成 年 月 日												
住 所												
被保険者 _____												
氏 名 _____ 電話番号 - -												

- (注意) 1. この届出書は、要介護認定後、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まり次第、寝屋川市に届出してください。
2. 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、寝屋川市に届出してください。
3. 届出のない場合は、一旦全額自己負担になる場合があります。

(事業者は届出後に国保連合会への請求ができます。)

受 付 印

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"/> 郵送 /	<input type="checkbox"/> 手渡し 受取人氏名()	