様式第3号(第7条関係)

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

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ		
	生年月日	性　別
	明・大・昭　年　月　日	男・女

居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者

事業所名	所在地
□ 丹波篠山市東部地域包括支援センター	〒 丹波篠山市日置385-1 城東公民館内 電話番号 079（556）2340
事業所名	所在地
□ 丹波篠山市西部地域包括支援センター	〒 丹波篠山市網掛301 電話番号 079（594）3776

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
（令和　年　月　日付）

丹波篠山市長様

上記の地域包括支援センター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け出します。

令和　年　月　日

住　所

被保険者　電話番号　（　）

氏　名

保険者確認欄	
	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 地域支援センター事業所番号

（注意）
1　この届出書は、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丹波篠山市へ提出してください。
2　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、必ず丹波篠山市に届け出てください。届け出のない場合、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　住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してくださ