

## 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	
フガナ			
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男 ・ 女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する事業者			
事業所名		事業所の所在地	〒675 — 0147
播磨町地域包括支援センター		加古郡播磨町南大中1丁目8-4 1 福祉しあわせセンター 電話番号 079 - 435 - 1841	
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	
受託事業所の事業所番号			
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 (平成 年 月 日付)	
<p>播磨町長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p><input type="checkbox"/> 保険証の受け渡しについては、上記事業所の _____ に委任します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>被保険者 _____ 電話番号 _____ - _____</p> <p>氏名 _____ ㊞</p>			
保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	個人番号
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する地域包括支援センター等と相談の上、介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて 播磨町へ提出してください。
- 2 この届け出のない場合、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。