

記入例①

被保険者にとって、初めてケアマネジャーが付く場合

要支援1・2・事業対象者

※原則介護保険サービスの利用実績がある方は変更にもマル

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									
フリガナ チョウブ タロウ		0 0 0 0 5 6 7 8 9 0									
調布 太郎		個人番号									
		記入不要									
		生年月日							性別		
		明・大・昭 11年1月23日							男		
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 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 (地域包括支援センター)				事業所の所在地(地域包括支援センターの所在地)				〒182-0026			
地域包括支援センター〇〇				調布市小島町 2-35-1 2階				電話番号 042(481)7016			
サービス開始月(令和8年9月)				サービス開始(変更)年月日							
介護予防支援事業者事業所番号				令和8年9月1日							
5 6 7 8 5 6 7 8 5 6											
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者(受託する場合のみ)											
居宅介護支援事業所名				事業所の所在地				〒182-0026			
〇〇居宅介護支援事業所				調布市小島町 2-35-1				電話番号 042(481)7321			
居宅介護支援事業者事業所番号											
1 2 3 4 1 2 3 4 1 2											
変更する場合の事由等				※変更する場合のみ記入							
調布市長 あて 上記の介護予防支援事業者(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出します。 令和8年9月1日 【被保険者】住所 調布市小島町 (住所地特例の場合) 保険者名 氏名 調布 太郎 電話番号 042(481)71											

被保険者の担当になってから、初めてサービスを開始した日を記入してください。
※提出日ではありません。
※サービス開始(変更)年月日、届出日に記入する月及び日付は一致させてください。

(注意)

- この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第調布市に提出してください。(調布市に提出していただく事業所等が変更になった場合は、変更年月日を記入のうえ、調布市に提出してください。)
- 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介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は受託する居宅介護支援事業者(受託する場合のみ)は、住所地特例の適用を受けるサービスに係る事業所等が変更になった場合は、変更年月日を記入のうえ、調布市に提出してください。(但し、住所地の市町村の窓口へ提出してください。)届出のない場合、届出がない場合があります。

住所地特例の場合は、「保険者名」「保険者番号」を記入してください。
保険者が他市の場合は、他市の書式にご記入のうえ、被保険者証の写しを添付してください。

令和8年9月1日

記入例②

被保険者に、前に担当ケアマネジャーがいた場合

要支援1 2・事業対象者

※原則介護保険サービスの利用実績がある方は変更にもマル

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									
フリガナ チョウフ タロウ		0 0 0 0 5 6 7 8 9 0									
調布 太郎		個人番号									
		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
		生年月日							性別		
		明・大・昭 11年1月23日							男		
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 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 (地域包括支援センター)				事業所の所在地(地域包括支援センターの所在地)				〒182-0026			
地域包括支援センター〇〇				調布市小島町 2-35-1 2階 電話番号 042(481) 7016							
介護予防支援事業者事業所番号				サービス開始(変更)年月日							
5 6 7 8 5 6 7 8 5 6				令和8年9月1日							
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者(受託する場合のみ)											
居宅介護支援事業所名				事業所の所在地				〒182-0026			
〇〇居宅介護支援事業所				調布市小島町 2-35-1 電話番号 042(481) 7321							
居宅介護支援事業者事業所番号											
1 2 3 4 1 2 3 4 1 2											
変更する場合の事由等				※変更する場合のみ記入							
要介護から要支援になったため。											
調布市長あて 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サ 届出します。 令和8年9月1日 【被保険者】住所 調布市小島町 2-33-1											
(住所地特例の場合) 保険者名				保険者番号							
氏名 調布 太郎				(署名又は記名押							
電話番号 042(481) 7111											

「変更」の場合は必ず「変更する場合の事由等」を記入してください。

【記入例】

- ・要支援から要介護になったため。
- ・本人の希望のため。
- ・事業所の都合により。
- ・退院(退所)のため。

被保険者の担当になってから、初めてサービスを開始した日を記入してください。

※提出日ではありません。

※サービス開始(変更)年月日、届出日に記入する月及び日付は一致させてください。

住所地特例の場合は、「保険者名」「保険者番号」を記入してください。

依頼する事業所等が決まり次第調布市に

介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)を変更するときは変更年月日を記入のうえ、調布市に提出してください。(但し、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。)届出のない場合、申し込んでいただくことがあります。

令和8年9月1日