

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

区 分

新規・変更

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

被 保 険 者 氏 名										被 保 険 者 番 号																													
フリガナ																																							
										個 人 番 号																													
										生 年 月 日					性 別																								
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 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)										〒										—									
										電話番号										()																			
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																													
										年										月										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										〒										—									
居宅介護支援事業者事業所番号																																							
										電話番号										()																			
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。																																							
年 月 日																																							
【被保険者】住所																																							
(住所地特例の場合) 保険者名 保険者番号																																							
氏名 (署名又は記名押印)																																							
電話番号 ()																																							

(注意)

- 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等が決まり次第調布市に提出してください。(依頼する事業所に提出をお願いしても結構です。)
- 介護予防サービス計画の作成若しく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所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、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。)届出のない場合、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。

令和8年9月1日