

第9号様式の2（第9条関係）

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									
フリガナ														
					個人番号									
					生 年 月 日				性 別					
					年 月 日				男・女					
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														
介護予防支援事業所名				介護予防支援事業所の所在地				〒792-8585						
新居浜市地域包括支援センター				新居浜市一宮町一丁目5番1号				電話番号 0897-65-1245						
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				〒						
								電話番号						
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等														
※変更する場合のみ記入してください。														
変更年月日														
（ 年 月 日付）														
（宛先）新居浜市長 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。 年 月 日 （被保険者） 住 所 電話番号 氏 名 ⑨														
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者の資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複										
		<input type="checkbox"/> 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を依頼する事業所が決まり次第速やかに新居浜市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を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、必ず新居浜市に届出をしてください。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。

【市記入欄】

申請中	入力済	個人番号確認	備 考
		1 通知カード又はその写し	
		2 個人番号カード又はその写し	
		3 その他 ()	