

様式第 2 号（第 8 条関係）

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       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                                                                        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  | 被保険者番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                                                                        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>氏名                                                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日     | 年 月 日 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地<br>事業所名                                                                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  | 電話番号<br>( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地<br>事業所名                                                                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  | 電話番号<br>( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等<br>※変更する場合のみ記入してください。           |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日<br>年 月 日付                                                             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 岸和田市長 様<br>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防ケアマネジメントを依頼することを<br>届け出ます。<br>年 月 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>氏名                                                                  | 住所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( ) |       |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |
|--------|----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 証交付 | 処理者 |
|        | <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）番号               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |
|        |                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |

- (備考) 1 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速やかに提出してください。
- 2 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者（地域包括支援センター）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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 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。

年 月 日

# 委任状

委任者 住所

氏名 (印)

私は下記申請・届出に係る一切の権限を下記のものに委任します。

- ☐介護保険被保険者証等再交付申請
- ☐介護保険（要介護・要支援）認定申請
- ☐居宅（予防介護）サービス計画作成依頼（変更）届出
- ☐介護保険負担限度額認定申請
- ☐介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請
- ☐住宅改修費申請
- ☐福祉用具購入費支給申請
- ☐介護保険料減免申請
- ☐（ ）

受任者 住所

氏名または

事業所名