

記入例

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

記入しない

※町記入欄	
阿見町	課
第	号
受付	

要介護認定・要支援認定等結果通知書の被保険者
番号と同じです。

区	分
新	規・変
更	

被保険者氏名				被保険者番号													
フリガナ アミイチロウ				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				
阿見 一郎				個人番号													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
				マイナンバー(個人番号) をご記入ください。		日		性		別							
町内在住の方は阿見町地域包括支援センターとその所在地をご記入ください。				計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 を依頼(変更)する地域包括支援センター								日		性		別	
				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地								〒300-0331		月〇〇日		男・女	
阿見町地域包括支援センター				阿見町阿見4671-1 電話番号029(887)8124													
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 ※居宅介護支援事業者が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場合のみ記入してください。																	
居宅介護支援事業所が受託する場合のみ 記入する																	
電話番号 ()																	
介護予防支援事業所若しくは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 ※変更する場合のみ記入してください。																	
—記入しない— (年 月 日付け)																	
(届出先) 阿見町長 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け出ます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日																	
住所 阿見町大字□□〇〇番地				電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇													
氏名 阿見 一郎																	
保険者 確認欄		□被保険者資格 □届出の重複 □介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号															

- (注意) 1 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
次第速やかに阿見町へ提出してください。
- 2 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)又は介護予防支援若しく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、必ず阿見町に届け出てください。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。