



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

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書				介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書				
利用サービス	☐	予防給付のみ(もしくは予防給付と総合事業を併用)			☐	総合事業のみ		
区 分	新規・変更	届 出 日	令和 年 月 日	サービス開始日 (予 定 日)	令和 年 月 日			
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号				
フリガナ								
				個 人 番 号				
				明・大・昭 年 月 日				
介護予防支援事業所番号								
介護予防サービス計画作成を依頼(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名				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		〒		
				電話番号 ()				
居宅介護支援事業所番号								
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 ()				
介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者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 (令和 年 月 日付)								
(宛先) 奈良市長								
上記の介護予防支援事業者又は地域包括支援センターに介護予防サービス計画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します。								
令和 年 月 日								
住所 奈良市								
被保険者				電話番号 ()				
氏名								
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複						

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに(サービス利用開始日から14日以内厳守)、奈良市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画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、必ず奈良市へ届け出てください。

届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

奈良市確認欄

認定あり	認定日	介護度	認定期間
認定なし (新規/更新/区変)	認定申請日	審査会 予定日	一次: 二次:

介護区分チェック

入力日/入力者