介護予防ケアマネジメント依頼（変更・終了）届出書

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
生年月日	個人番号
明・大・昭　　年　　月　　日	

介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
小千谷市地域包括支援センター	〒 947-0028 小千谷市城内２丁目７番５号 電話番号０２５８（８３）０８０７
事業所番号 １５００８０００２２	

介護予防ケアマネジメントを委託（変更）する居宅介護支援事業所

※ 委託する場合のみ記入してください。

事業者の事業所名	事業所の所在地
	〒 電話番号　　（　　）
事業所番号	

事業所を変更する場合の事由等　該当するものに☑

☐ **新規で依頼する場合**

☐ **事業所を変更する場合**　　変更年月日：令和　　年　　月　　日

変更の理由 ☐ 本人・家族の希望
☐ 転居
☐ その他（　　）

☐ **終了する場合**　　終了年月日：令和　　年　　月　　日

終了の理由 ☐ 本人・家族の希望
☐ 転居
☐ その他（　　）

小千谷市長　　あて

上記の介護予防支援事業者に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。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所　　**電話番号**　　（　　）

被保険者氏名

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者番号
	１５００８０００２２

（注意）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が決まり次第、速やかに小千谷市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委託する居宅介護支援事業所を変更する時は、変更年月日と変更事由を記入のうえ、必ず小千谷市に届け出てください。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。

３.住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設が所在する市町村の窓口へ提出してください。

包括確認欄