

第2号様式（第6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 |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名                                                                                      |  |  |  |  | 被 保 険 者 番 号                                        |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                                                                                             |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                      年                      月                      日生                    |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                                  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 事業者<br>所在地 〒                                                                                     |  |  |  |  | 電話番号                      (                      ) |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  |  |  |  |  | 事業所番<br>号                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 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)                               |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 事業者名<br>所在地 〒                                                                                    |  |  |  |  | 電話番号                      (                      ) |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                  |  |  |  |  | 事業所番<br>号                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防ケアマネジメントの開始日（変更の場合は変更日）                      年                      月                      日 |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 事業所を変更する場合の事由等（※事業所を変更する場合のみ記入してください。）                                                           |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 川崎市                      区長                                                                      |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）に介護予防ケアマネジメントを<br>依頼することを届け出ます。                                          |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 年                      月                      日                                                  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                              |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者                      氏 名                                                                    |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号                      (                      )                                               |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |

- 注 1 太枠内のみ記入してください。
- 2 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しだい、速やかに区役所へ提出してください。なお、「事業対象者」手続きを行う場合は、本届出と併せて基本チェックリストの実施結果を提出してください。
- 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず区役所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。
- 4 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。