

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 ●● ●● ●● ●●	0 0 1 1 1 1 1 1 1 1
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	
事業者名 ■■ 地域包括支援センター	
所在地 〒111-1111 川崎市○○区○○○○○○○○○○○○○○○	
電話番号 044 (200) 0000	
事業所番号	1 4 9 9 9 9 9 9 9 9
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ケアマネジメントを受託する場合のみ記入）	
事業者名 ▲▲ 居宅介護支援事業所	
所在地 〒111-1111 川崎市○○区○○○○○○○○○○○○○○○	
電話番号 044 (200) 0000	
事業所番号	1 4 8 8 8 8 8 8 8 8
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）を依頼することを届け出ます。 令和○○年 6月 1日 住所 被保険者 川崎市○○区○○○○○○○○○○○○○ 氏名	

注 1 太枠内のみ
2 この届出書は、
役所へ提出していただく。基本チェックリストの実施結果を記入してください。
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。

介護予防ケアマネジメントを開始した日を記載してください。

この日付が「事業対象者」の有効開始日になります。