

## 様式第1号(第6条関係)

## 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

区分									
新規・変更									
被保険者氏名 フリガナ		被保険者番号 個人番号 生年月日							
介護予防サービス計画の作成を依頼(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の所在地 地域包括支援センターの所在地 〒 電話番号							
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号		サービス開始(変更)年月日 年 月 日							
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。									
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下さい。		居宅介護支援事業所の所在地 〒 電話番号							
居宅介護支援事業所番号		サービス開始(変更)年月日 年 月 日							
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。									
鴻巣市長様 上記の事業所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。また、介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者、介護予防(看護)小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防支援及び介護予防(看護)小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 〒 被保険者 住所 電話番号 氏名									
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス(介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型介護予防サービス(介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。									
□ 居宅サービス等の利用あり ⇒ (利用したサービス: ) □ 居宅サービス等の利用なし									
鴻巣市記入欄		□申請中(新規・区変) □保険証添付(有・無) □認定(事業対象者・要支援1・2) □認定期間(～) □認定期日(年 月 日) □システムへの入力 □被保険者証の発行							
(注意) ・この届出書は、要介護認定の申請時、介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所が決定したとき、依頼先の事業所を変更したとき、又は受託する事業所を変更したときは、速やかに鴻巣市役所介護保険課又は吹上・川里両支所福祉グループへ提出してください。届出のない場合は、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。 ・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。									

# 委 任 状

代 理 人  
住 所  
氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、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)届出書の提出及び被保険者証を受領する一切の権限を委任します。

なお、被保険者証が即時交付できない場合は、上記委任に関わらず住所または送付先住所に送付願います。

年 月 日

委 任 者  
住 所  
氏 名 印

(自署の場合は押印不要)

## 【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	代理権確認	代理権確認	代理人身元確認	
□記入あり	* 1点確認	*法定代理人	*家族申請	
*確認した物	□運転免許証	□戸籍謄本等	□運転免許証	
□通知カード	□個人番号カード		□個人番号カード	
□個人番号カード	□その他	*任意代理人	□その他	
□住民票の写し等	( )	□委任状	( )	
□その他		□その他		
( )	* 2点確認	□被保険者証	*事業者申請	
□システム確認	□介護保険被保険者証	□健康保険証	□介護支援専門員証	
	□健康保険証	□負担割合証	□包括職員証	
□記入なし	□負担限度額認定証	□負担限度額認定証	□運転免許証	
□職員記入	□負担割合証	□その他	□その他	
□システム確認	□その他	( )	( )	
	( )			確認日