様式第３号（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	性　別
	年　　月　　日	男・女
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		
名称	事　業　所　番　号	
所在地　〒　　－ 電話番号　　（　　）		
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 ※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してください。		
事業者名	事　業　所　番　号	
所在地　〒　　－ 電話番号　　（　　）		
地域包括支援センター又は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。 変更年月日（　　年　　月　　日付）		

島本町長　様

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　　（　　）

確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複

（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等が決まり次第速やかに島本町へ提出してください。
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上、必ず島本町へ届け出てください。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、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。