第 57 号様式の 2(別表第 3 関係)

介護予防(居宅)サービス計画作成依頼(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	
	個人番号
	生年月日 / 性別
	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(地域包括支援センター)

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地　〒 電話番号　(　　)

要介護1～5になった場合に予定している居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者(　予定　・　受託　)

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地　〒 電話番号　(　　)

介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者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)

(宛先)
戸田市長

上記の事業者に介護予防(居宅)サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

年　　月　　日

被保険者　住　所　　電話番号　(　　)
氏　名

保険者確認欄	□　被保険者資格　□　届出の重複 □　事業者番号

介護予防(居宅)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・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介護予防支援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　氏名

(注意)1　この届出書は、要介護・要支援認定の申請をするとき又は介護予防(居宅)サービス計画の作成を依頼する事業所が決まったとき若しくは変更するときに、速やかに戸田市役所健康長寿課へ提出してください。

2　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。

※　この届出書は、介護予防(居宅)サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業者の同意を得た後に提出してください(提出を介護予防支援事業者に依頼しても構いません。)。