

記入例

（関係）

介護予防サービス

該当するものにチェックをつける。

該当するものに○をつける。

<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1・2		<input type="checkbox"/> 事業対象者		区分 新規・ <input checked="" type="radio"/> 変更			
被保険者氏名		被保険者番号					
ワガナ コウイキ ハナコ		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
広域 花子		個人番号					
		生年月日			性別		
明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭		〇〇年 〇〇月 〇〇日			男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
事業所名		事業所の住所				〒 〇〇〇-〇〇〇〇	
〇〇事業所		〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号				電話番号 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
事業所を変更する場合の事由等		事業所を変更する場合は、変更する事由を記入する。 変更年月日は、変更前の事業所と連絡調整し、記入してください。					
本人の希望により。		変更年月日 (令和 年 月 日付)					
紀北広域連合長 様		上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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します。					
令和 年 月 日		住所					
被保険者 氏名		印					
電話番号		()					
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 認定状況 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター事業所番号					

この欄は記入の必要はありません。

- (注意) 1 この作成
2 介護予防（ケアマネジメント）サービス計画の作成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、必ず紀北広域連合に届け出してください。届け出のない場合、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。