

# 記入例①

被保険者にとって、初めてケアマネジャーが付く場合

要支援1・2・事業対象者

※原則介護保険サービスの利用実績がある方は変更にも適用

## 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					被保険者番号																
フリガナ <u>チョウフ タロウ</u>					0	0	0	0	5	6	7	8	9	0							
調布 太郎					個人番号																
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
					生年月日				性別												
					明・大・昭	11	年	1	月	23	日	男									
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名 (地域包括支援センター)					事業所の所在地(地域包括支援センターの所在地)					〒182-0026											
地域包括支援センター〇〇					調布市小島町 2-35-1 2階					電話番号 042(481)7016											
サービス開始月(令和3年 4月)					担当者氏名 <u>東京 次郎</u>																
介護予防支援事業者事業所番号					介護支援専門員番号					8	7	6	5	4	3	2	1				
5	6	7	8	5	6	7	8	5	6												
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(受託する場合のみ)																					
居宅介護支援事業所名					事業所の所在地					〒182-0026											
〇〇居宅介護支援事業所					調布市小島町 2-35-1					電話番号 042(481)7321											
居宅介護支援事業者事業所番号					担当者氏名 <u>小島 花子</u>																
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	介護支援専門員番号				1	2	3	4	5	6	7	8
変更する場合の事由等																					
調布市長 あて 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防届出します。 令和3年 4月 1日 【被保険者】住所 <u>調布市小島町 2-33-1</u>																					
(住所地特例の場合) 保険者名 <u>調布 太郎</u> 保険者番号 _____																					
氏名 <u>調布 太郎</u> (署名又は記名押印)																					
電話番号 <u>042(481)7111</u>																					

被保険者の担当になってから、  
初めてサービスを開始した日を  
記載してください。

※提出日ではありません。

※「新規」の場合、要介護認定情報提供申請等で必要な場合は、契約日を記載していただいてもかまいません。

住所地特例の場合は、  
「保険者名」「保険者番号」  
を記入してください。

令和3年4月1日 氏名 調布 太郎 (署名又は記名押印)

- この届出書は、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事業所等が決まり次第調布市に提出してください。(依頼する事業所に提出をお願いしても結構です。)
- 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は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うえ、調布市に提出してください。(但し、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。)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。

令和3年4月1日

# 記入例②

被保険者に、前に担当ケアマネジャーがいた場合

要支援1 2・事業対象者

※原則介護保険サービスの利用実績がある方は変更にも

## 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					被保険者番号									
フリガナ <u>チョウフ タロウ</u>					0 0 0 0 5 6 7 8 9 0									
調布 太郎					個人番号									
					0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
					生年月日					性別				
明・大・昭 11年1月23日					男									
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名 (地域包括支援センター)					事業所の所在地(地域包括支援センターの所在地)					〒182-0026				
地域包括支援センター〇〇					調布市小島町 2-35-1 2階					電話番号 042(481)7016				
サービス開始月(令和3年4月)					担当者氏名 <u>東京 次郎</u>					介護支援専門員番号				
介護予防支援事業者事業所番号					5 6 7 8 5 6 7 8 5 6					8 7 6 5 4 3 2 1				
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(受託する場合のみ)														
居宅介護支援事業所名					事業所の所在地					〒182-0026				
〇〇居宅介護支援事業所					調布市小島町 2-35-1					電話番号 042(481)7321				
居宅介護支援事業者事業所番号					担当者氏名 <u>小島 花子</u>					介護支援専門員番号				
1 2 3 4 1 2 3 4 1 2					1 2 3 4 5 6 7 8									
変更する場合の事由等														
要介護から要支援になったため。														
変更年月日(令和3年4月1日付)														
調布市長あて 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の依頼(変更)届出します。 令和3年4月1日 【被保険者】住所 <u>調布市小島町 2-33-1</u>														
(住所地特例の場合) 保険者名					氏名 <u>調布 太郎</u>					保険者番号				
電話番号 <u>042(481)7111</u>					署名又は記名押印					令和3年4月1日 氏名 <u>調布 太郎</u> (署名又は記名押印)				

「変更」の場合は必ず「変更する場合の事由等」を記載してください。

- 【記載例】
- ・要支援から要介護になったため。
  - ・本人の希望のため。
  - ・事業所の都合により。
  - ・退院(退所)のため。

被保険者の担当になってから、初めてサービスを開始した日を記載してください。  
※提出日ではありません。  
※「サービス開始月」「変更年月日」「届出日」に記載する月及び日付は一致させてください。

住所地特例の場合は、「保険者名」「保険者番号」を記入してください。

の作成又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調布市に提出をお願いしても結構です。

は介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は受託する居宅介護支援事業者を変更するときは変更年月日を記入のうえ、調布市に提出してください。(但し、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。)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。

令和3年4月1日