

介護予防サービス計画作成依頼（変更 ・ 廃止）届出書

										区 分		
										新規 ・ 変更 ・ 廃止		
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号							
フリガナ												
					生 年 月 日				性 別			
					明 ・ 大 ・ 昭				男 ・ 女			
					年 月 日							
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者												
事業所名及び事業者番号					事業所の所在地		〒					
					電話番号 （ ）							
介護予防サービス計画作成 開始 ・ 廃止 日					令和 年 月 日							
事業所を変更する場合の事由等					※事業所を変更する場合のみ記入してください。							
米 子 市 長 様												
上記の指定介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。												
令和 年 月 日												
住 所												
被保険者 電話番号 （ ）												
氏 名												
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号										

（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに米子市へ提出してください。

2 介護予防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うえ、必ず米子市に届け出してください。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。

米子市福祉保健部長寿社会課
〒683-8686
米子市加茂町1丁目1番地 電話 23-5132、 23-5131

◆小規模多機能型居宅介護のみ記入
計画作成開始月における、小規模多機能型居宅介護以外の居宅サービス利用の有無（ 有 ・ 無 ）