

# 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書



被 保 険 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ											生年	明・大・昭	性別	男・女					
	氏名											月日	年 月 日							

介護予防サービス 計画作成を依頼する 事業者	事業所名	泉大津市地域包括支援センター																
	所在地	〒 595-0026					電話番号 0725-21-0294											
再委託事業者	事業所名																	
	所在地	〒					電話番号 - -											

泉大津市長 様

上記の地域包括支援センターに介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。

平成 年 月 日

(被 保 険 者)

住 所

氏 名

電 話 番 号

- (注意) 1 この届出書は、要支援1又は要支援2の認定区分の人が、介護予防サービス計画作成を泉大津市地域包括支援センターに依頼する場合、速やかに泉大津市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を再委託する事業者変更するときは、「再委託事業者変更届」を必ず泉大津市地域包括支援センターに届けてください。

処 理 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格											受 付	電算入力
	<input type="checkbox"/> 届出の重複												
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 事業所番号	2	7	0	0	6	0	0	0	1	4		