

第36号様式

居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号			
フリガナ							
				個 人 番 号			
				生 年 月 日			
				明・大・昭 年 月 日			
居宅サービス計画等の作成を依頼（変更）する事業者 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							
事業所の名称				事業所等の所在地 〒			
事業所番号				電話番号 ()			
事業所等を変更する場合の理由等				※事業所等を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)			
鎌ケ谷市長 様 上記の事業者又は地域包括支援センターに居宅（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ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 氏 名 ()							
保険者記入欄	受付	交付方法	交付先		担当印		
	1. 窓口 2. 郵送	1. 窓口 2. 郵送	1. 本人 2. 送付先 3. その他 ()				

- (注意) 1 この届出書は、居宅（介護予防）サービス計画等の作成を依頼する事業所等が決まり次第、被保険者証を添えて速やかに鎌ケ谷市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画等の作成を依頼する事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鎌ケ谷市に届け出てください。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。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設が所在する市町村の窓口へ提出してください。