

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

										区 分		
										新規・変更		
被 保 護 者 氏 名					被 保 護 者 番 号							
ﾌｧｶﾅ					H	1	6	1				
					生 年 月 日					性 別		
					明治・大正・昭和 年 月 日					男・女		
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												
事業所名・所在地	事業所番号											
	印											
				電話番号 ()								
変更する事由	※事業所を変更する場合のみ記入してください。											
変更年月日	令和 年 月 日付				※変更年月日は届出日以降になります（転入の場合を除く） ※記載がない場合は届出の日と同日になります							
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 (居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入して下さい)												
事業所名					所在地	〒						
				電話番号 ()								
浦添市福祉事務所長 様 上記の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												
被 保 護 者	住 所											
	氏 名							電話番号				
	代筆者 (代理の場合)							関 係				

（注意）

- この届出書は、要介護認定申請時に、若しくは、居宅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浦添市福祉事務所へ提出してください。
- 居宅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浦添市福祉事務所に届出してください。

※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※