

**記入例**

届出をする前に、必ず介護予防支援事業所（計画を居宅介護支援事業所へ受託する場合はその事業所分も）とのケアプラン作成に係る契約を済ませてください。（ケアプラン作成に係る費用について自己負担は発生しません。）

										新規・変更									
被保険者氏名										被保険者番号									
フリガナ ナンソウ ハナコ										0 0 0 0 0 9 9 9 9 9									
南総 花子										個人番号									
										1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2									
										生年月日									
										昭和〇〇年〇月〇日									
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																			
介護予防支援事業所名										介護予防支援事業所の所在地									
南房総市 地域包括支援センター 〇〇										南房総市谷向〇〇番地 電話番号 0470-36-XXXX									
介護予防支援事業所番号										サービス開始（変更）年月日									
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0										令和 8年 4月 1日									
介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等																			
※変更する場合のみ記入してください。																			

**事業所を変更する場合は、必ず記入してください。**

以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者																			
居宅介護支援事業所名										居宅介護支援事業所の所在地									
南総ケアプランセンター										南房総市谷向〇〇番地 電話番号 0470-36-XXXX									
居宅介護支援事業所番号										サービス開始（変更）年月日									
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0										令和 8年 4月 1日									
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等																			
※変更する場合のみ記入してください。																			

**事業所を変更する場合は、必ず記入してください。**

南房総市長 宛

上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 8年 4月 1日  
〒294-8701  
住所 南房総市谷向〇〇番地  
被保険者 南総 花子  
電話番号 0470-36-XXXX

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が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医の意見を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和8年 4月 1日 氏名 南総 花子

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速やかに南房総市へ提出してください。

介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を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上、必ず南房総市へ届け出てください。

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。

**被保険者本人氏名の記載をお願いします。**

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	