

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

受付

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

介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者	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ケアマネジメントを依頼することを届け出します。

令和 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・2の認定区分の人又は事業対象者が介護予防ケアマネジメント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 介護予防ケアマネジメントを再委託する事業者を変更する時は、「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		