様式第5号

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分
(新規)　変更

被保険者名	個人番号
フリガナ　カイゴ　タロウ 介護　太郎	
生年月日　明・大　(昭)　20年 10月 10日	被保険者証番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

介護予防支援事業者（地域包括支援センター）又は介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所

事業者番号　0 4 0 8 8 8 8 8 8 8	事業者の所在地　〒 980-〇〇〇〇□ 仙台市青葉区〇〇台△丁目◇番□号
事業所名　〇〇地域包括支援センター	電話番号　022 （ 111 ） 1111

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを担当する事業者　※上記の地域包括支援センター等が作成する場合は記入不要

事業者番号	事業者の所在地　〒
事業所名	電話番号　（　　）

事業所を変更する場合の事由　※事業所を変更する場合のみ記入してください。

介護予防小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※ 居宅介護支援事業所で給付管理票を作成するサービスの利用について記入してください。	□ 下記サービスの利用あり ・居宅サービス（居宅療養管理指導及び，特定施設入居者生活介護を除く） ・介護予防認知症対応型通所介護　・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護　・介護予防認知症対応型共同生活介護 □ サービスの利用なし
適用年月日 **（いつからのサービス計画作成又はケアマネジメントを依頼するのか記載）**	**令和 3年　5月　20日から適用する。**

（あて先）　仙台市区長　様

上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に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出します。

令和3 年　5月　20日

被保険者　住所　仙台市青葉区国分町3丁目7番1号
氏名　介護　太郎
電話番号　022 （ 261 ） 1111

届出に来られた方　※上記被保険者（本人）の場合は記入する必要はありません。

住所　仙台市青葉区国分町3丁目7番1号
電話番号　022 （ 261 ） 1111
氏名　介護　花子

被保険者との関係
(家族)　代理人
事業者
その他（　　）

※本人以外が個人番号の記載された当該申請を行う場合は，被保険者本人の被保険者証，健康保険証の原本，又は委任状等が必要となります。

処理欄	□被保険者資格　□届出の重複　□特記事項確認 （事業利用対象確認） □要支援　□事業対象者（豊齢力チェックリスト） □番号確認（個人番号カード・通知カード・住民票 ） □身元確認（運転免許証・被保険者証・健康保険証・年金手帳・その他）	収受（受理区）	収受（所管区）

（注意）1 この届出書は，介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第すみやかに提出してください。
2 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者を変更するときは，変更年月日を記入の上，必ず届出をしてください。
3 届出の際は，介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。
4 総合事業におけるサービス事業対象者として届出を行う場合は，豊齢力チェックリストを添付してください。
5 住所地特例の対象施設に入居中の場合は，施設所在地の市区町村へ提出してください。