様式第１号（第７条関係）

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

被保険者氏名	生年月日
フリガナ	大正・昭和　　年　　月　　日
被保険者番号	個人番号

介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者	
事業者の事業所名	事業所の所在地　〒　　－
事業所番号	電話番号（　　）

介護予防ケアマネジメントを受託する事業者　※受託する場合のみ記入	
事業者の事業所名	事業所の所在地　〒　　－
事業所番号	電話番号（　　）

事業所を変更する場合の事由等　※事業所を変更する場合のみ記入

☐ 住所変更のため　☐ 自己都合により　☐ その他（　　）

東三河広域連合長　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します。

年　　月　　日

被保険者　住　所　　氏　名　　電話番号（　　）

備考　１．この届出書は、事業対象者判定実施後にサービス・活動を利用する際、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに広域連合へ提出してください。
２．介護予防ケアマネジメント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、必ず広域連合に提出してください。
３．届出の際には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。
４．住所地特例の対象施設に入居中の事業対象者の方は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。

保険者確認欄	共通	身分確認				入力日
	☐ 被保険者資格 ☐ チェックリスト実施日 ☐ チェックリスト実施者（場所） ☐ チェックリスト実施結果	本人	☐介護保険被保険者証 ☐医療保険被保険者証 ☐その他 （　　）	代理人	☐運転免許証 ☐職員身分証 ☐その他 （　　）	