

## 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 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号		
フリガナ			
	生年月日		性別
	明・大・昭		男・女
	年 月 日		
<b>介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者</b>			
介護予防支援事業所名	介護予防事業所の所在地		
<b>竹富町地域包括支援センター</b>	石垣市美崎町11番地の1 電話番号 0980-82-6191		
<b>介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者</b>			
※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ください。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地		
	電話番号		
介護予防事業所又は居宅介護事業所を変更する場合の事由等			
※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			
竹富町長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。  令和 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 ( ) 氏 名 印			
保 険 者	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

- 注意) 1、この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに竹富町へ提出してください。
- 2、介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防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竹富町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。