様式第２１号（第１２条の２関係）

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・包括的委託

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

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（変更）する事業者	
下関市（　　） 地域包括支援センター 事業所番号	事業所名 事業所の住所　〒 連絡先（　　） 事業所番号

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してください。）

（宛先）下関市長

上記の介護予防支援事業者に、　　年　　月　　日から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け出します。

年　　月　　日

被保険者　　住所

氏名　　電話番号（　　）

提出代理（代行）者	氏名（事業所名） 連絡先（　　）

（注意）１　この届出書は、要支援認定の申請時等に、若しくは、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事業所が決まり次第、速やかに下関市へ提出してください。

２　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作成を依頼する事業所を変更する時は、変更事由及び計画作成開始（変更）年月日を記入のうえ、必ず下関市に届け出てください。届け出のない場合、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。

３　介護予防支援業務受託事業所は、この届出書を、介護予防支援業務を依頼した地域包括支援センターへ提出してください。

（市記入欄）

提出	□本人　□代理　□使者　□郵送		身元確認 写真無 写真付 ２点 １点	□運転免許証　□旅券　□個人番号カード □身体障害者手帳 □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証 □介護保険負担限度額認定証 □健康保険・後期高齢者医療被保険者証 □介護支援専門員証 □その他（　　）
代理権の確認	□介護保険被保険者証 □委任状　□その他（　　）			
個人番号確認	個人番号確認	有　・　無		
	通知ｶｰﾄﾞ・住民票表示	有　・　無		
	システム確認	□確認済み		