

※ 該当する口にレ印を記入してください

居宅サービス計画  
 介護予防サービス計画作成 依頼(変更)届  
 介護予防ケアマネジメント

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	個 人 番 号
	生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日生

**居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所**

事業所名	事業所の所在地 〒
事業所番号	電話番号 ( )

[サービス(給付管理)開始又は変更年月日] 令和 年 月 日

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。

世田谷区長 あて  
 上記の  居宅介護支援事業所  介護予防支援事業所（地域包括支援センター）  
 に居宅サービス計画・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 年 月 日  
 住 所  
 被保険者  
 氏 名  
 電話番号 ( )

被保険者資格  届出の重複  事業所番号

- (注意) 1 この届出書は、居宅（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世田谷区へ提出してください。  
 2 居宅（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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず世田谷区に届出してください。届出のない場合、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。

2022.02

【区記入欄】（該当に○）

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	番力	番力	証（介・健保・高齢・負担） 更新通知・社員証 年金手帳・（ ）	キャッシュ・クレカ・通帳 シルバーパス・診察券 図書力・（ ）	戸籍・委任状 証・更新通知 （ ）
確認者	通力	免許			
	住記	ケア証			

地域包括受付
(介護予防ケアマネジメント届のみ)

保健福祉課受付
---------

介護保険課受付
---------



