

様式第2（第8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		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	
		明・大・昭 年 月 日	
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地 〒	
		電話番号 ー	
地域包括支援センター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（ 年 月 日）			
鹿児島市長 殿  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することを届出します。  年 月 日  被保険者 住 所 氏 名 電話番号			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	

- 注 1 この届出書は、「事業対象者」手続に使用するものです。太枠内のみ記入してください。
- 2 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターが決まり次第、基本チェックリストの結果と併せて、速やかに鹿児島市に提出してください。なお、届出の際には、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。
- 3 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターを変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鹿児島市へ提出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 4 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。