第８号様式（第１６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				
	個人番号			
生年月日		性別		
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者				
介護予防支援事業者の事業所名	介護予防支援事業所の所在地			
	〒 電話番号：			
居宅介護支援事業所の事業所名	居宅介護支援事業所の所在地			
	〒 電話番号：			
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日（　　年　　月　　日付）				

上ノ国町長　様

上記の事業者に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

住　　所

被保険者　氏　　名　　㊞

電話番号

※以下には記入しないでください。

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所番号

（注意）

1　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所と契約を締結次第、速やかに上ノ国町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、必ず上ノ国町へ届け出てください。 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。