

		区分											
		新規	変更										
被保護者氏名 (フリガナ)	被保険者番号												
	個人番号												
	生年月日		性別										
	明・大・昭	年 月 日	男 女										
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 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													
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地												
	住所												
	電話番号												
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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												
	住所												
	電話番号												
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター若しくは居宅介護支援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。													
変更年月日 ( 年 月 日付)													
<p>那覇市福祉事務所長</p> <p>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>被保護者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p>													
福祉事務所確認欄	被保険者資格	届出の重複											
	介護予防支援事業者（地域包括支援センター）事業所番号												
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは介護予防サービス計画作成、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、速やかに那覇市福祉事務所へ提出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を全額自己負担していただく場合があります。

2 介護予防サービス計画作成、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（介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときを含む。）は、変更年月日を記載し、必ず那覇市福祉事務所へ提出してください。