

対象:要支援認定を受けている方

→ 提出先:認定事務センター(郵送)又は 区役所窓口へ

介護保険被保険者証(ピンク色)を添付してください。



介護予防サービス計画作成依頼届出書

被保険者番号											
フリガナ											
被保険者氏名					生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日		
住所	〒 -				電話番号 ( )						

介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者の所在地・事業者名	〒 -				事業者番号						
	電話番号 ( )										

開始(変更) 年月日	令和	年	月	日	※上記の介護予防支援事業者から 介護予防支援を受け始める日						
---------------	----	---	---	---	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

神戸市長 宛

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。

令和 年 月 日

被保険者 氏 名 印

(本人自署の場合は、押印不要です。)

上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人

\*届出人が本人以外の場合に記入してください。

届出人の 住所・氏名  (事業者の所在地・ 事業者名・担当者)	住所	電話番号 ( )				
	氏名					
	被保険者との関係	家族・事業者・その他 ( )				

**開始の場合:** この届出書は、要支援認定の申請時に、または介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者が決まりしだい速やかに、開始年月日を記入のうえ、提出してください。既に提出済みの場合は、必要ありません。

**変更の場合:** 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入のうえ、提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

**提出方法:** 介護保険被保険者証を添付して、神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所のあんしんすこやか係に提出してください。

**注意:** 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)については、届出書の様式が異なりますので、神戸市介護保険課認定事務センター(電話:078-232-4860)にご相談ください。

神戸市記入欄	区 窓 口 受 付		セ ン タ ー 受 付		入 力 担 当	
--------	-----------------------	--	----------------------------	--	------------------	--