

この様式は、「要支援1～2」の認定（予定）者用です。  
 ※「要介護1～5」の認定（予定）者用は別の様式になります。

別記様式第17号の2（第12条関係）

介護保険 介護予防サービス計画作成依頼(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 ヤクバ タロウ		0	0	0	0	0	×	×	×	×	×	
役場 太郎		個 人 番 号										
		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
		生 年 月 日						性 別				
		明・大・昭 XX年 XX月 XX日						男				
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												
介護予防支援事業所名				介護予防支援事業所の所在地 〒								
〇〇指定介護予防支援事業所				中川郡池田町字〇〇××番地の△△ 電話番号 015-XXX-XXXX								
介護予防支援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 〒								
〇〇居宅介護支援事業所				中川郡池田町字〇〇××番地の△△ 電話番号 015-XXX-XXXX								
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。												
変更年月日 ( 年 月 日付)												
池田町長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。												
XX年 XX月 XX日												
住所 中川郡池田町字〇〇××番地の△△ 電話番号 015-XXX-XXXX												
被保険者 氏名 役場 太郎												
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所承認										
		適用開始日をご記入ください。 ※提出日ではありません。										

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が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

XX年XX月XX日 氏名 役場 太郎

(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を依頼する事業所が決まり次第速やかに池田町へ提出してください。

2 介護予防サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者を変更する場合は、池田町へ届け出てください。届け出後、ご自身で負担していただくことがあります。

手書きによりご署名ください。  
※被保険者ご自身のご署名が難しい場合は代筆でもよろしいです。