

# 介護予防ケアマネジメント依頼届出書

久留米市長 あて

下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

被保険者氏名	フリガナ	被保険者番号																
		個人番号																
被保険者住所	〒	事業所名は、事業所ゴム印または事業所角印を押印してください。 事業所名が手書きの場合は事業所角印が必要です。事業所名が手書きのみの場合受付することができません。											生年月日					
		明治・大正・昭和		年	月	日												
		電話 - -																

介護予防ケアマネジメントを受ける地域包括支援センター※ゴム印または事業所角印を押印してください。手書きのみは不可です。

(事業者名)

(事業者の所在地)

〒 -

電話 - -

居宅介護支援事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

基本チェックリスト実施日	サービス開始日	<注意> 1. この開始日 2. 市内転居等で担当地域包括支援センターが変わる際は、従前の地域包括支援センターに連絡のうえ提出してください。
年 月 日	年 月 日	

基本チェックリスト実施年月日を記入してください。未来日では受付できません。

サービス開始日を記入してください。  
(人の場合には、下記については記載は不要です。)

連絡先(日中連絡がとれるところ)

受任者住所

本人との関係

届出を持参した方の氏名、連絡先、住所(事業所住所・電話番号で可)、本人との関係を記載し

〒																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

送達

処理	被保険者証回収	ケアプラン入力	同時申請		チェックリスト実施日
	済・未		情報開示	新規	
					/

<備考>

番号確認 個・通・住・シ・職・( )

本人確認 介・CM・個・運・旅・障・保・年・間・( )

受付印