

第 10 号の 2 様式

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

相模原市介護保険

区分	被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号										
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 暫定	フリガナ											
		個 人 番 号										
		生 年 月 日								性 別		
		明治・大正・昭和								年 月 日		男・女
介護予防サービス計画作成する指定介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター（変更の場合は、変更後の事業者等）												
事業者名・事業者番号						事業者所在地			〒			
<small>サービスコード</small> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">46</div> TEL												
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 <small>※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。</small>												
事業者名（居宅介護支援事業所）						事業者所在地			〒			
TEL												
事業者を変更する場合の事由 ※事業者を変更する場合に記入						介護予防支援・介護予防ケアマネジメント開始日						
年 月 日												
相 模 原 市 長 あて 上記指定介護予防支援事業者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。  年 月 日 被保険者 住 所 氏 名  電話番号 ( )												

保 険 者 確 認 欄	受付		<input type="checkbox"/> 届出日（入力日） 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 本課		<input type="checkbox"/> サービス利用開始日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 経由 ( )		<input type="checkbox"/> 届出重複 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 認定申請（新規・更新・区変） 年 月 日	
	受付	証発行	確認	チェックリスト実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 無

① 番号確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <small>（身元確認不要）</small> <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（番号有）	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他 ( )	身元確認 2点以上	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	--	--	--------------	--	--