様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 介護予防ケアマネジメント依頼（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 |
|  | 生年月日 | 年 　 月 　日 |
| 性　　　別 | 男　　・　　女 |
| 地域包括支援センター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 |
| 事業者番号 | 所在地 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒電話番号　　　（　　） |
| 事業者名 |
|  |
| 事業者を変更する場合の事由等 | ※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） |
| （提出先）湯河原町長　様上記の地域包括支援センター等に、介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　）　　　　被保険者　　氏　名　　　　　　　　代筆者　　　　　　　　　　続　　柄（　　　　　） |
| 保険者確認欄 | □被保険者資格　　　□届出の重複　　　□事業者番号 |
| （注意）１　この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が決まり次第、速やかに、湯河原町に提出してください。２　介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず湯河原町に届け出てください。※　届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただく場合があります。３　住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、当該施設の住所地の市町村に提出してください。 |