

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

【記入例】

区分		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
ワガナ カゴ 知ウ		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
氏名 介護 太郎			
生年月日		個人番号（マイナンバー）	
明・大・昭 ○年 1月 1日			
介護予防サービスの計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	
○○地域包括支援センター		〒987-×××× ○○町□□番地	
事業所番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		電話番号 0229（43）○○○○	
サービス提供開始年月日（契約日）		○○年 □月 △日	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター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）			
涌谷町長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は 介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。  ○○年 □月 △日  住所 ○○町□△番地 被保険者 氏名 介護 太郎 電話番号 0229（○○）□□□□			

提出者	名称 (氏名)	※1 事業所の方が代理提出する場合： ・事業所名、事業所所在地、電話番号記入のうえ、事業所印を押印。 ・関係欄に『事業者』と記入。
	住所 (住所)	※2 家族の方が代理提出する場合： ・氏名、住所、電話番号を記入のうえ、押印。 ・関係欄に続柄を記入。
(注意)		※3 本人が提出する場合：提出者欄の記入は不要。
		※4 成年後見人が提出する場合： ・氏名、住所、電話番号を記入のうえ、押印。 ・関係欄に成年後見人と記入。

添付書類：

- ・介護保険被保険者証（原本）※担当で届出内容を被保険者証に印字しお返しします。
- ・暫定プラン届出の場合：委任状（裏面）。本人が提出する場合委任状は不要ですが、身元確認の書類を提示。
- ・マイナンバー記載済み届出書提出の場合：被保険者証に加えて、マイナンバー確認書類・身元確認の書類・委任状（裏面）。
- ・成年後見人が提出する場合：登記事項証明書の写し。

(※家族、事業者などの方が代理人として個人番号を提供する場合に記入・捺印のうえ提出してください。)

## 委任状

年 月 日

本人（委任者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、介護保険サービス等の申請をすること及び私の個人番号を提供することを委任します。

### 記

代理人（受任者） 所在地  
(住所) \_\_\_\_\_

名称  
(氏名) \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

本人（委任者）欄：本人住所と氏名を記入のうえ押印。  
代理人（受任者）欄：代理の方の提出の場合は、表面の※1～3と同様の内容で記入。