

対象:要支援認定を受けている方

→ 提出先:認定事務センター(郵送)又は区役所窓口へ

介護保険被保険者証(ピンク色)を添付してください。

予防

介護予防サービス計画作成依頼届出書

被保険者番号					
フリガナ					
被保険者氏名	生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	〒	—	電話番号 ()		

介護予防サービス計画作成を依頼する事業者の所在地・事業者名	〒	—	事業者番号			
				電話番号 ()		

開始(変更) 年月日	令和	年	月	日	※上記の介護予防支援事業者から 介護予防支援を受け始める日
---------------	----	---	---	---	----------------------------------

神戸市長 宛

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出します。

令和 年 月 日

被保険者 氏 名

上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人	
届出人の 住所・氏名 (事業者の所在地・ 事業者名・担当者)	*届出人が本人以外の場合に記入してください。
	住所 電話番号 ()
	氏名 被保険者との関係 家族・事業者・その他 ()

開始の場合: この届出書は、要支援認定の申請時に、または介護予防サービス計画作成を依頼する事業者が決まりしだい速やかに、開始年月日を記入のうえ、提出してください。既に提出済みの場合は、必要ありません。

変更の場合: 介護予防サービス計画作成を依頼する事業者を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入のうえ、提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

提出方法: 介護保険被保険者証を添付して、神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所の保健福祉課 保健事業・高齢福祉担当窓口へ提出してください。

注意: 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)については、届出書の様式が異なりますので、神戸市介護保険課認定事務センター(電話:078-232-4860)にご相談ください。

神戸市記入欄	区 窓 口 受 付	セ ン タ ー 受 付	入 力 担 当
--------	-----------------------	----------------------------	------------------