



太枠内へのご記入をお願いします。

第 31 号様式の 2 (第 69 条関係)

《記入例》

介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

被 保 険 者 氏 名	区 分	変 更 ・ 新 規								
フリガナ シンジュク タロウ	被保険者番号									
新宿 太郎	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	生 年 月 日									
	昭和 10 年 1 月 1 日									

介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
〇〇 地域包括 支援センター (担当者名 山田 花子)	〒〒160-8484 新宿区歌舞伎町 1-4-1 電話番号 03-5273-4176

事業所を変更する場合の事由等

\* 事業所を変更する場合のみ記入してください。

変更年月日はサービス開始日を記入してください。

変更年月日 (サービス開始日)

年 月 日付

( 年 月分ケアプランより担当)

新宿区長 宛て

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  
令和 3 年 1 月 1 日

被保険者の住所と氏名をご記入ください。

住所 新宿区東新宿 1-2-3  
被保険者  
氏名 新宿 太郎

電話番号 03-1234-5678

保険者  
確認欄

被保険者資格  届出の重複  介護予防支援事業者事業所番号

事業所番号を記入してください。

1 3 0 0 1 2 3 4 5 6

(注意)

- この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに新宿区に提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず新宿区に届け出てください。
- 届出のない場合は、初めて届け出する場合にサービス開始日をご記入ください。

同意する場合は自署してください。  
自署が難しい方は代筆も可とします。  
(ケアマネジャーや施設職員は代筆できません。)

\* 介護予防支援事業者記入欄

介護予防サービス計画作成依頼届出日

年 月 日

介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 3 年 1 月 1 日 被保険者氏名 新宿 太郎

受 付