

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保	個人番号を記入してください。 ※わからない場合等は記入不要です。	被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	性別
		年 月 日	男・女
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			
事業所名及び事業所番号		事業所の所在地	〒
事業所番号を記入してください。		計画作成開始日を記入してください。	
計画作成開始日	年 月 日		
変更の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
(宛先) 佐倉市長 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。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 () 氏 名 ⑨			



ご注意ください! 届出書に個人番号を記入し、届出書の他に下記の①または②をご用意ください。
 ※個人番号を記入できない場合は、①・②とも不要です。

①個人番号カード
 ②通知カード + 介護保険被保険者証（緑色）+ 介護保険負担割合証（桃色） 等

※郵送の場合は、①または②のコピーを同封してください。（①の場合は両面のコピーが必要です。）
 ※ケアマネジャー等、本人の使用者のかたが窓口届出書をお持ちになる場合は、封筒に届出書の他に①または②のコピー（①の場合は両面のコピー）を入れ、封をしてお持ちください。

…上記の他に本人確認に利用できる書類等、取り扱いの詳細については、佐倉市HP内「介護保険制度における個人番号（マイナンバー）の利用について」(<http://www.city.sakura.lg.jp/0000014292.htm>)をご確認いただくか、佐倉市高齢者福祉課までお問合せください。（☎ 043-484-6174）