

## 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 険		険 者 番 号	
フリガナ		個人番号	
		生 年 月 日	
		年	月 日
介護予防サービス計画作成を依頼（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	〒
		電 話	
事業所番号		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作成を依頼することを届け出ます。  年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ( )			

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。

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。

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」(<https://www.city.sakura.lg.jp/soshiki/kaigohokenka/oshirase/5917.html>)をご確認くださいか、佐倉市介護保険課までお問合せください（☎043-484-6174）