

記入例 1

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネ

前の事業所から
変更の場合は
「変更」

（変更）届出書

被保険者番号は必ず記載する。

個人番号（マイナンバー）は不明の場合記載不要

新規

変更

フリガナ かすかべ たろう

0 0 0 1 2 3 4 5 6 7

個人番号

生年月日

535 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

〒344-0067

〇〇地域包括支援センター

春日部市中央〇番地〇号

電話番号 048-736-0000

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号

サービス開始（変更）年月日

1 1 0 0 0 0 0 0 0 0

令和7 年 8 月 12 日

介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する理由等

※変更する場合のみ記入してください。

サービス利用開始年月日
を記載する。

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者

※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。

居宅介護支援事業所名

居宅介護支援事業所の所在地

〒

電話番号

居宅介護支援事業所番号

サービス開始（変更）年月日

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。

春日部市長 あて

上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出します。

令和7 年 8 月 12

この書類を記入した日付

〒344-0061

住 所 春日部市粕壁〇〇〇番地

被保険者

電話番号 048-000-0000

氏 名 春日部 太郎

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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見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。

代筆 春日部 花子 （妻）

令和7 年 8 月 12 日 氏名 春日部 太郎

（注意） 1 この届出書は、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事業所等が
決まり次第速に春日部市へ提出してください。

代筆の場合は余白に代筆者と
続柄も記入する

同意した日付と被保険者氏名
※本人が署名する。

春日部市へ届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

記入例2

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント（変更）の届出書

被保険者番号は必ず記載する。

個人番号（マイナンバー）は不明の場合記載不要

前の事業所から
変更の場合は
「変更」

区分
新規・変更

被保険者番号

フリガナ かすかべ たろう

0 0 0 1 2 3 4 5 6 7

個人番号

春日部 太郎

生年月日

535 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

〒344-0067

〇〇地域包括支援センター

春日部市中央〇番地〇号

電話番号 048-736-0000

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号

サービス開始（変更）年月日

1 1 0 0 0 0 0 0 0 0

年 月 日

介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。

委託の場合は記入不要

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者

※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。

居宅介護支援事業所名

居宅介護支援事業所の所在地

〒344-0067

居宅支援事業所〇〇

春日部市中央〇〇番地〇〇

電話番号 048-734-0000

居宅介護支援事業所番号

サービス開始（変更）年月日

1 1 7 0 0 0 0 0 0 0

令和8 年 8 月 12 日

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。

委託後のサービス利用開始年月
日を記載する。

春日部市長 あて

上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出します。

令和7 年 8 月 12

この書類を記入した日付

〒344-0061

住 所 春日部市粕壁〇〇〇番地

被保険者

電話番号 048-000-0000

氏 名 春日部 太郎

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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見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。

代筆 春日部 花子（妻）

令和7 年 8 月 12 日 氏名 春日部 太郎

（注意）1 この届出書は、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受託する事業所等が
決まり次第速に春日部市へ提出してください。

代筆の場合は余白に代筆者と
続柄も記入する

同意した日付と被保険者氏名
※本人が署名する。

春日部市へ提出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。