

第16号様式の2 (第13条関係)

- 介護予防サービス計画作成
- 介護予防ケアマネジメント

(A)要支援 1・2

依頼 (変更・終了) 届出書

介護システム係に提出

区分
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	生 年 月 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 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・地域包括支援センター番号	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等
<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 担当	<h1 style="color: green;">介護予防支援事業所</h1>

介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。

居宅介護支援事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地等
	〒
居宅介護支援事業所名	住所 電話 担当

サービス開始 (変更) 年月日	年 月 日
-----------------	-------

介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等
 ※変更する場合のみ記入してください。

練馬区長 殿

上記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または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

年 月 日

住所

被保険者 電話番号

氏名

確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送付先
処理欄	年 月 日

(注意)

- 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)

(B)要支援 1・2 (委託)

第16号様式の2 (第13条関係)

- 介護予防サービス計画作成
 介護予防ケアマネジメント

依頼 (変更・終了) 届出書

介護システム係に提出

区分

新規 変更 終了

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	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 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・地域包括支援センター番号	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等
地域包括支援センター	
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	住所 電話 担当
介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。	
居宅介護支援事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地等
委託された居宅介護支援事業所	
居宅介護支援事業所名	住所 電話 担当
サービス開始 (変更) 年月日	年 月 日
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。	
練馬区長 殿 上記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作成または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 氏名	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送付先
処理欄	年 月 日

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)

--

(C)事業対象者 (委託)

- 介護予防サービス計画作成
 介護予防ケアマネジメント

依頼 (変更・終了) 届出書

アテンドに入力

区分
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	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 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・地域包括支援センター番号	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等
地域包括支援センター	
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	住所 電話 担当

介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。	
居宅介護支援事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地等
委託された居宅介護支援事業所	
居宅介護支援事業所名	住所 電話 担当

サービス開始 (変更) 年月日	年 月 日
-----------------	-------

介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等
 ※変更する場合のみ記入してください。

練馬区長 殿

上記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または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

年 月 日

住所

被保険者 電話番号

氏名

確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送付先
処理欄	年 月 日

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)

(D)要支援 1・2

第1号様式の2 (第13条関係)

- 介護予防サービス計画作成
 介護予防ケアマネジメント

依頼 (変更・終了) 届出書

介護システム係に提出

区分

新規 変更 終了

被保険者氏名		被保険者番号			
フリガナ					
		生年月日			
		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 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・地域包括支援センター番号			介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等		
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名			住所 電話 担当		
介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。					
居宅介護支援事業所番号			居宅介護支援事業所の所在地等		
			〒 住所 電話 担当		
居宅介護支援事業所名					
サービス開始 (変更) 年月日			年 月 日		
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。					
練馬区長 殿					
上記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または介護予防ケアマネジメント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		
確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送付先					
処理欄 年 月 日					

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)

--

(E) 事業対象者

第 16 号様式の 2 (第 13 条関係)

- 介護予防サービス計画作成
 介護予防ケアマネジメント

依頼 (変更・終了) 届出書

アテンドに入力

区分
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	生 年 月 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 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・地域包括支援センター番号	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等
地域包括支援センター	
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	住所 電話 担当

介護予防支援また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または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。

居宅介護支援事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地等
	〒
居宅介護支援事業所名	住所 電話 担当

サービス開始 (変更) 年月日	年 月 日
-----------------	-------

介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等
※変更する場合のみ記入してください。

練馬区長 殿

上記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または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

年 月 日

住所

被保険者 電話番号

氏名

確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 送付先
-----	--

処理欄	年 月 日
-----	-------

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)

(F) 要支援 1・2 (委託)

第16号様式の2 (第13条関係)

介護予防サービス計画作成
介護予防ケアマネジメント

依頼 (変更・終了) 届出書

介護システム係に提出

区分		
新規	変更	終了

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	生年月日
	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 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・地域包括支援センター番号	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地等
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	〒 住所 電話 担当

介護予防支援また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サービスまたは介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ入力してください。	
居宅介護支援事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地等
居宅介護支援事業所名	〒 住所 電話 担当

サービス開始 (変更) 年月日	年 月 日
-------------------	-------

介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等
変更する場合のみ記入してください。

練馬区長 殿

上記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または介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

年 月 日

住所

被保険者 電話番号

氏名

確認欄	被保険者証資格	届出の重複	送付先
処理欄	年 月 日		

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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、開始年月日を記入の上、速やかに練馬区へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所または介護予防支援もしく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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず練馬区へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

(処理欄)