介護予防支援委託先変更届出書

介 護 保 険 課 長　様

包括支援センター名	
担当者名	
電話	

次の被保険者の介護予防支援の委託先を変更します。

対象者	被保険者番号	
	被保険者氏名	
	生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日
	住所	

変更後	委託先事業所名	
	委託先事業所住所	
	※委託を止める場合は、次の項目にチェックしてください。	
	□　地域包括支援センターが担当します。	

変更する事由	
変更年月日	年　　月　　日付

＜保険者記入欄＞

委託先事業所番号	

(担当:介護保険課　給付係)