年　月　日

（契約居宅介護支援事業者名）様

各務原市地域包括支援センター
○○○○○○○○○○
管理者　　印

介護予防支援依頼書

下記の被保険者に係る予防支援業務について、次のとおり依頼します。

被保険者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名											
	住所											
	要支援区分	要支援1　　要支援2										
	認定有効期間	年　月　日～　　年　月　日										

介護予防サービス計画作成依頼届出日	年　月　日
介護予防サービス計画原案の提出期限	年　月　日

備考 1 介護予防サービス計画の原案を作成し、基本情報、基本チェックリスト及びアセスメントシートを添付し地域包括支援センターへ提出してください。（アセスメントシートは必要に応じ作成し提出は任意とします。）
期限まで作成できないことが見込まれるときは、あらかじめ連絡してください。
2 予防支援業務の実施に当たり、知り得た情報を第三者に漏らしてはなりません。
3 保険者が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更、又は中止することがあります。
4 上記のほか、予防支援業務の実施に当たっては、介護保険法その他関係法令並びに委託契約に定める事項を遵守してください。