記載例

指定介護予防支援委託(変更)届出書

年　　月　　日

（あて先）津市長

所在地

届出者

名　称

代表者の氏名　　㊞

介護保険法第 115 条の 23 第 3 項の規定により，指定介護予防支援の一部を指定居宅介護支援事業者に委託しますので，介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 1 項及び第 2 項の規定により，下記のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号										

届出に係る指定介護予防支援事業所	名称
	所在地

届出前	届出後				
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由
事業所番号	事業所番号	電話番号			
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	

別紙のとおり

備考１　届出時に委託契約を締結している全ての指定居宅介護支援事業者について記入してください。

２　「委託する内容」について，委託可能な業務を一括で委託する場合は「一括」にチェックをしてください。委託可能な業務の一部のみを委託する場合は「その他」にチェックをし，() 内に委託する業務を記載してください。

３　**届け出内容を変更する場合は、どこが変わったのかがわかるように、変更部分に下線を引いてください。**

４　記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

◆例１　今まで委託していなかったセンターが初めて委託する場合

届出前	届出後				
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由
事業所番号	事業所番号	電話番号			
	Ａ居宅介護支援事業所	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	○○年○月○日 ～ 年　月　日	
	24○○○○○○○○	○○○－○○○○			
	Ｂ居宅介護支援事業所	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	○○年○月○日 ～ 年　月　日	
	24○○○○○○○○	○○○－○○○○			
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	

自動更新の場合、終期の記載不要

◆例２　委託先を追加する場合

届出前	届出後				
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由
事業所番号	事業所番号	電話番号			
Ａ居宅介護支援事業所	同左	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	すでに委託契約を結んでいる事業所（全部）
24〇〇〇〇〇〇〇〇	同左	〇〇〇－〇〇〇〇			
Ｂ介護支援事業所	同左	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	
24〇〇〇〇〇〇〇〇	同左	〇〇〇－〇〇〇〇			
追加分	Ｃ居宅介護支援事業所	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	
	24〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇－〇〇〇〇			
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	

◆例３　委託契約を解除する場合

届出前	届出後				
指定居宅介護支援事業所名称 事業所番号	指定居宅介護支援事業所名称 事業所番号	所在地 電話番号	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由
Ａ居宅介護支援事業所 24○○○○○○○○	同左 同左	津市○○町○○番地 ○○○－○○○○	■一括 □その他 （　　）	○○年○月○日 ～ 年　月　日	
Ｂ介護支援事業所 24○○○○○○○○	契約解除		□一括 □その他 （　　）	○○年○月○日 ～ ○○年○月○日	
Ｃ介護支援事業所 	同左 24○○○○○○○○	津市○○町○○番地 ○○○－○○○○	■一括 □その他 （　　）	○○年○月○日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	

届出後の内容（委託期間を除く）を空欄にする。

◆例４　委託先の名称が変わる場合

届出前	届出後				
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由
事業所番号	事業所番号	電話番号			
Ａ居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所Ｄ（名称変更）	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	
24〇〇〇〇〇〇〇〇	同左	〇〇〇－〇〇〇〇			
Ｂ介護支援事業所	同左	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	
24〇〇〇〇〇〇〇〇	同左	〇〇〇－〇〇〇〇			
Ｃ介護支援事業所	同左	津市〇〇町〇〇番地	■一括 □その他 （　　）	〇〇年〇月〇日 ～ 年　月　日	
24〇〇〇〇〇〇〇〇	24〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇－〇〇〇〇			
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	
			□一括 □その他 （　　）	年　月　日 ～ 年　月　日	