

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）届出書

区分

新規・変更

フリガナ	被 保 険 者 番 号										
被 保 険 者 氏 名											
フリガナ	個 人 番 号										
	生 年 月 日						性 別				
	明・大・昭 年 月 日						男 ・ 女				
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							
				郵便番号 住 所 電話番号							
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ください。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地							
				郵便番号 住 所 電話番号							
認定年月日 又は 基本チェックリスト実施日 （ 年 月 日） （介護認定の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで） サービス利用開始日 （ 年 月 日）											
境 町 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又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）することを届け出します。 年 月 日 住 所 _____ 電話番号 _____（ ） 被保険者氏名 _____ ㊞											
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									入力日

- (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が決まり次第速やかに境町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若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又は介護予防支援若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は、サービス利用開始年月日を記入のうえ、必ず境町に届け出ください。届け出のない場合、サービスに係わる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる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。