

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

予 防

										区 分	
										新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日				性 別		
					明・大・昭 年 月 日						
介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)											
介護予防支援事業所名					介護予防支援事業所の所在地						
					電話 () -						
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											
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地						
					電話 () -						
居宅介護支援事業所の事業所番号											
					電話 () -						
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由											
※ 変更する場合のみ記入してください。											
(宛先) 小美玉市長 様 上記の事業所に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 (自署) 電話 () -											
サービス計画作成(変更)年月日				年 月 日 から							
介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません </div>											

- (注) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又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速やかに小美玉市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず小美玉市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	処理日
<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)支援事業者事業所番号	