

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	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男 ・ 女
		個 人 番 号	
		-	
介護予防サービス計画作成を依頼(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	〒
		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		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号 () -	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (令和 年 月 日付)			
鏡野町長 様 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。 また、本届出書に記載する個人番号を住民基本台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 総合事業(第1号事業)の利用を申請します。 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 () -			

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業所が居宅介護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ときは、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居宅支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____	
---	--

保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	□届出の重複	
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所番号		

- (注意) 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鏡野町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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(地域包括支援センター)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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず鏡野町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象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。