

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	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
		個人番号											
		生 年 月 日											
		性 別											
		明・大・昭											
		年 月 日生											
		男 ・ 女											
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 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		事業所の所在地 〒386-1601											
青木村地域包括支援センター		小県郡青木村大字田沢111											
計画作成開始日		TEL0268(49)0111											
令和 年 月 日付													
介護予防支援を受託する居宅支援事業者 * 居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。													
居宅介護支援事業者の事業所名		事業所の所在地 〒											
印		TEL ()											
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。											
計画作成変更年月日 (令和 年 月 日付)													
青木村長 様 上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成または 介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 令和 年 月 日 住 所 青木村大字 被保険者 氏 名 TEL 0268() 印													
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号											
		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービスの計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所がきまり次第、事業者を通じて速やかに青木村へ届出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成も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または地域包括支援センターを変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず青木村へ届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例対象者については、施設住所地の市町村の窓口へ提出してください。

課長	課長補佐	係長	係	入力	受付