

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 | | | |
| | | 個 人 番 号 | |
| | | | |
| | | 生 年 月 日 | 性 別 |
| | | 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 | |
| | | 電話番号 — — | |
| 介護予防支援又は介護予防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 | | | |
| | | | |
| 介護予防支援事業所（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下さい。 | | | |
| | | | |
| 変更年月日 (年 月 日付) | | | |
| 枕崎市長 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（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出ます。 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 | | |
| | | | |

- (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枕崎市役所福祉課へ提出してください。
- 2 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の作成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、必ず枕崎市役所福祉課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いったん全額自己負担していただくことがあります。

担当者名 _____