

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	
		年 月 日	
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 ()	
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号		サービス開始(変更)年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。			
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	
		〒	
		電話番号 ()	
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。			
介護予防小規模多機能型居宅介護の利用開始月における介護予防サービス等の利用の有無		※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防居宅サービス(介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型介護予防サービス(介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり (利用したサービス:)		<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし	
厚真町長 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の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 電話番号 () 氏名			
保険者確認欄		(カード確認・職権記載)	
<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			
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同意します。 年 月 日 氏名			

- (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等が決まり次第速やかに厚真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(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、必ず厚真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。