

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	
被保険者の認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援認定者(要支援1及び2) <input type="checkbox"/> 事業対象者		
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			
事業者の事業所名	事業所の所在地 〒		
(印)			
事業所番号			
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)			
受託先の居宅介護支援事業所名			
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下さい。			
変更年月日 (令和 年 月 日付) 変更前事業者 ()			
加古川市長 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ます。 令和 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名 (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"/> 申請日、サービス利用日の確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証発行		

- (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が決まり次第速やかに加古川市役所介護保険課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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず加古川市役所介護保険課に届け出てください。
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 住所地特例の対象となる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。