

(暫定)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				
					明・大・昭				
					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					事業所(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					事業所の所在地				
					〒				
					電話番号				
居宅介護支援事業所番号					サービス開始(変更)年月日				
					年 月 日				
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等									
※ 変更する場合のみ記入してください。									
<input type="checkbox"/> 要支援認定を受け、予防給付の対象となるため <input type="checkbox"/> ()									
<p>総社市長様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____</p>									

- (注意)1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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者等が決まり次第速やかに総社市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事業所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、必ず総社市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。

保険者事務 取扱欄	<input type="checkbox"/> 要介護認定()
	<input type="checkbox"/> 被保険者証の添付(有・無)
	<input type="checkbox"/> 被保険者証の取扱(窓口交付()・郵送())
	<input type="checkbox"/> 備考()
	<input type="checkbox"/> 取扱い・入力()