

(暫定)介護予防サービス計画作成依頼(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 | |
| | | | | | 明・大・昭 年 月 日 | | | 男・女 | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名 | | | | | 事業所の所在地 | | 〒 - | | |
| | | | | | | | 電話番号 () - | | |
| 介護予防支援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 () - | | |
| 介護予防支援事業所又は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 | | | | | 変更年月日 | | | | |
| <input type="checkbox"/> () | | | | | (平成 年 月 日付) | | | | |
| 総社市長様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。 平成 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () _____ | | | | | | | | | |

- (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作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに総社市へ提出して下さい。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する事業所又は介護予防支援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下さい。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。

| | |
|--------------|--|
| 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() |