

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／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又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等					サービス開始(変更)年月日						
※変更する場合のみ記入してください。					令和 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下さい。											
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番号											
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等					サービス開始(変更)年月日						
※変更する場合のみ記入してください。					令和 年 月 日						
斑鳩町長 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ます。											
〒					令和 年 月 日						
住所											
被保険者											
氏名					電話番号						

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)を依頼する介護予防支援事業所が介護予防支援の提供(地域ケア個別会議を含む)に当たり、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(介護予防ケアマネジメント)支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。											
令和 年 月 日					被保険者氏名						
※氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名の場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。											

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、又は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)を依頼する事業所等が決まり次第、速やかに斑鳩町へ提出してください。
- 2 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)を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援(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、必ず斑鳩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。

保険者 確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	☐ 事業対象者入力日							
	☐ 介護予防支援事業者事業所番号									