

## 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					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							
				〒 —							
指定居宅介護支援事業所 (大船渡市地域包括支援センター)				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受託する場合のみ記入してください。											
受託した事業所の事業所名				事業所の所在地							
				〒 —							
指定居宅介護支援事業所				電話番号 ( )							
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※事業所を変更する場合のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 要介護→要支援の認定となったため <input type="checkbox"/> 上記以外 [ ] 変更年月日 (平成 年 月 日付)											
大船渡市長 戸 田 公 明 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介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 平成 年 月 日 〒 — 被保険者(住所) _____ _____ 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"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号									

- (注意)
1. この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、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大船渡市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、必ず大船渡市に届出してください。届出のない場合、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。