

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 | |
| カガナ | | | |
| | | 性別 男・女 | |
| 明・大・昭 | | 年 月 日 | |
| 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）する事業者 | | | |
| 居宅介護（予防支援）事業者事業所名 | 事業所の所在地 〒 | | |
| | | | |
| 指定予防支援事業所番号 | | | |
| 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） | | | |
| 居宅介護事業者事業所名及び担当介護支援専門員 | 事業所の所在地 〒 | | |
| | | | |
| 担当者（ ） | 電話番号（ ） | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 | | 変更年月日（ 年 月 日付） | |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを変更する場合 | | 変更年月日（ 年 月 日付） | |
| <input type="checkbox"/> 介護予防支援へ変更 | | <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントへ変更 | |
| (あて先) 本別町長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者にサービス計画作成を依頼（変更）することを 届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号（ ） 氏 名 印 代筆者 (続柄：) | | | |
| 保険者確認欄 | <input type="checkbox"/> 入力処理 <input type="checkbox"/> 被保険者証の交付 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 未納保険料（有・無） | | |

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成、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、速やかに被保険者証を添えて本別町へ提出してください。
- 2 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所の変更、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを変更するとき、変更理由等を記入し、本別町へ届出てください。
- 3 サービス内容により、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの変更がある場合は、居宅介護（予防支援）事業所の代行により届け出ることができます。
- 4 この届出書を提出しない場合、または介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントプランを作成しないでサービスを利用した場合は、サービスに係る費用を全額自己負担していただくこともあります。