

<記入見本>

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 ミト ハナコ				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
水戸 花子				個人番号											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
				生年月日											
				〇〇年〇〇月〇〇日											
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															
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の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒 310-0000							
〇〇高齢者支援センター				水戸市〇〇町〇-〇-〇				電話番号 029-000-0000							
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											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	〇〇年〇〇月〇〇日					
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															
※変更する場合のみ記入してください。															
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				〒 310-0000							
居宅介護支援事業所 〇〇				水戸市〇〇町〇-〇-〇				電話番号 029-000-0000							
居宅介護支援事業所番号				サービス開始(変更)年月日											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	〇〇年〇〇月〇〇日					
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等															
※変更する場合のみ記入してください。															
水戸市長 様 上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は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。 〇〇年〇〇月〇〇日 〒 310-0000 住所 水戸市〇〇町〇-〇-〇 被保険者 氏名 水戸 花子 電話番号 029-000-0000															
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が介護予防支援の提供に当たり、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支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 水戸 花子															
(注意) 1 この届出書は、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等が決まり次第速やかに水戸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介護予防支援事業所(介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター)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上、必ず水戸市へ届け出てください。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。															
備考欄				再発行申請		認定申請		部会		審査会		発送日		入力日	

はじめて申請する方は新規を○で囲んでください。

サービスの開始(変更)年月日を記入してください。

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。

保険者確認欄なので記入しないでください。