

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・暫定	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		明・大・昭 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	
有田市地域包括支援センター		〒649-0392 有田市箕島50番地 電話番号 0737(22)3540	
介護予防支援事業所番号		サービス開始(変更)年月日	
3 0 0 1 5 0 0 0 1 0		令和 年 月 日	
介護予防支援事業所・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委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ください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
担当介護支援専門員名			
		電話番号 ()	
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。			
有田市長 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します。			
令和 年 月 日			
住所 有田市			
被保険者 氏 名		電話番号 ()	
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	
		3 0 0 1 5 0 0 0 1 0	
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(変更)する介護予防支援事業者が介護 予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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。			
令和 年 月 日 氏名			

(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の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有田市へ提出してください。
 2 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介護予防支援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、必ず有田市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、全額自己負担していただくことがあります。