

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 { 要介護 ⇒ 要支援・事業対象者 要支援 ⇔ 事業対象者		
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
	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を依頼(変更)する事業者		
事業所名	事業所の所在地	
事業所番号		
サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントの開始(変更)年月日		
令和 年 月 日		
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。	
大竹市長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成・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。 また、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、下記の必要資料および判定結果の提供について同意します。 令和 年 月 日 被保険者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 () _____		

必要資料	☐ 届出書写し ☐ チェックリスト ☐ 主治医意見書写し ☐ 認定調査票写し
保険者確認欄	☐ 資料提供 ☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号

- (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大竹市へ提出して下さい。
- 2 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を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず大竹市に届け出して下さい。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の窓口へ提出して下さい。