

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												
生 年 月 日		個 人 番 号										
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												
事業所番号		事業所の所在地	〒 -									
事業所名		電話番号 () -										
適用年月日 (いつからサービス計画を作成依頼するのか記載)		令和 年 月 日から適用する。										
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ください。												
事業所番号		事業所の所在地	〒									
事業所名		電話番号 () -										
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。										
変更年月日 (年 月 日付)												
(あて先)愛西市長												
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出します。												
令和 年 月 日												
住 所												
被保険者		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番号											
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											

- (注意) 1 この届出書は、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等が決まり次第速やかに愛西市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の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者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、必ず愛西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。