

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							
				個 人 番 号			
				生 年 月 日			
年				月		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)				事業所の所在地			
				〒 —			
				電話番号 ()			
介護予防支援事業者事業所番号				サービス開始(変更)年月日			
				年 月 日			
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。)							
居宅介護支援事業所名				事業所の所在地			
				〒 —			
				電話番号 ()			
居宅介護支援事業者事業所番号				サービス開始(変更)年月日			
				年 月 日			
事業所を変更する場合の事由等				※変更する場合のみ記入してください。			
美浜町長様 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。 年 月 日 【被保険者】 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 () _____							

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(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、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。

年 月 日 氏名 _____

〈注〉

- 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が決まり次第美浜町に提出してください。(依頼する事業所に提出をお願いすることも可能です。)
- 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事業所を変更するときは変更年月日を記入のうえ、美浜町に提出してください。(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。)