

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	
		大・昭 年 月 日	
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			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒	
		電 話 番 号	
介護予防支援事業所番号		サービス開始(変更)年月日	
		令 和 年 月 日	
介護予防支援事業所等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。			

以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから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。

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			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
		電 話 番 号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始(変更)年月日	
		令 和 年 月 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。			
松茂町長様 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			
被保険者		電 話 番 号 ()	
被保険者氏名			
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 <input type="checkbox"/> 包括支援センター確認	

- (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者等が決まり次第速やかに松茂町へ提出してください。
- 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所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うえ、必ず松茂町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。
- 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。