

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										
明・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)する介護予防支援事業者											
依頼先	所在地										
	〒										
電話番号 ()											
介護予防支援・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・介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)											
居宅介護支援事業所名	所在地										
	〒										
電話番号 ()											
介護予防支援事業者または居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等											
※変更する場合のみ記入											
変更年月日 (年 月 日付)											
三 次 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(変更)することを届け出します。											
年 月 日											
住所											
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										

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しく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、速やかに三次市(高齢者福祉課介護保険係)に提出して下さい。
- 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上、必ず三次市(高齢者福祉課介護保険係)に届出して下さい。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。