

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	
		※右の該当する区分を○で囲んでください。	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	性 別
		年 月 日	男 ・ 女
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）する地域包括支援センター			
事業所番号		地域包括支援センターの所在地	〒
地域包括支援センター名		電話番号	( )
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サービス計画の作成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下さい。)			
事業所番号		居宅介護支援事業所の所在地	〒
居宅介護支援事業所名		電話番号	( )
計画作成開始年月日		計画を作る人の氏名（担当ケアマネジャー）	
令和 年 月 日			
地域包括支援センター又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してください。			
変更年月日 ( 年 月 日付)			
伊豆の国市長 宛 上記のとおり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ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 ( ) 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		

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、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伊豆の国市へ提出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を全額負担していただくことがあります。
- 2 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地域包括支援センター又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、必ず伊豆の国市に届け出てください。
- 3 住所地特例の対象施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。