

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書

	<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画届出書	区 分
	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女

○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

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	
ケアプラン開始年月日（ 年 月 日）		〒	
事業所番号		電話番号	（ ）

○介護予防支援また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		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒	
事業所番号		電話番号	（ ）

○介護予防支援事業所若しくは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理由等

変更理由	変更年月日
	年 月 日付

（あて先） 滑川市長 様

上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）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。

年 月 日

被保険者 住 所
氏 名 電話番号（ ）

（注意）

- 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滑川市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成も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または介護予防支援も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、必ず滑川市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、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届け出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号	<input type="checkbox"/> 事業対象者入力日	<input type="checkbox"/> 暫定
------------	--	-----------------------------------	-----------------------------