

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

		<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成届出書	区 分 新規・変更																				
		<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (予防認定は継続)																					
		<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書																					
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号																						
フリガナ																								
		個 人 番 号																						
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						
		生 年 月 日		性 別																				
		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名		事業者番号																						
羽曳野市中圏域地域包括支援センター		2 7 0 3 8 0 0 0 3 3																						
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		事業者番号																						
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						
開始・変更年月日(必ず記入してください)		事業所を変更する場合の事由等																						
年 月 日																								
<p>羽曳野市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p>氏 名</p>																								

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

- (注意) 1 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等が決まり次第速やかに羽曳野市へ提出してください。
- 2 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介護予防支援事業所(地域包括支援センター)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、必ず羽曳野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。
- 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。

市確認欄	受付担当	<input type="checkbox"/>	()
	届出者	<input type="checkbox"/>	本人・家族 <input type="checkbox"/>
	認定	<input type="checkbox"/>	認定済 <input type="checkbox"/>
	被保険者証記載	<input type="checkbox"/>	済 <input type="checkbox"/>
	日付印年月日	<input type="checkbox"/>	()
		<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業者等 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	認定申請中 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	未認定申請中・その他() <input type="checkbox"/>