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 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | | | | 個人番号 | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 生年月日 | | | 明・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）する事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | |  | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所又は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。 変更年月日  （　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 | | * 居宅サービス等の利用あり   （利用したサービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 居宅サービス等の利用なし   (利用したサース | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 猪名川町長　様  　　 居宅介護支援事業者　　 居宅サービス計画の作成  上記の　　　　　　　　　　　に　介護予防サービス計画の作成　を依頼することを届け出します。  　　　　　　　　　介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメント  年 月 日  被保険者　住 所  氏名 電話番号 ( )  　※データ入力の場合は、押印が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | * 被保険者資格 □ 届出の重複 * 介護予防支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  |

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（変更）する事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、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、要介護（要支援）認定後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事業所が決まり次第速やかに提出してください。（事業者の承諾を得てから、役場に届けてください）

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事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額を自己負担していただくことがあります。

届出先 猪名川町役場　生活部　保険課　電話767－6235（直通）