介護保険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	資格	認定	☐	介護予防サービス計画作成依頼届出書
新規・変更	1号・2号	申請中・認定済	☐	介護予防ケアマネジメント依頼届出書 チェックリスト実施日(年 月 日)
被 保 険 者				
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号	
フリガナ				
			個 人 番 号	
			生 年 月 日	
			年 月 日	
担当地域包括支援センター			事 業 所 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依頼(変更)する居宅介護支援事業者				
事業所名			所在地	
			TEL	( )
事業所番号			担当介護支援専門員氏名	
居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。			
	変更年月日(年 月 日)			
	変更前の事業所名			
米沢市長 あて				
上記の介護予防支援事業者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ます。				
年 月 日				
被保険者 住所				
電話番号 ( )				
氏名				

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米沢市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の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、必ず米沢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。
- 4 届出の際は、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

保 険 者 確 認 欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	☐ 事業所番号	被保険者証
	☐ 被保険者証の提出・記載	☐ 資格者証の提出・記載		交付・郵送