様式第　号（第　条関係）

指定介護予防支援委託（変更）届出書

年　　月　　日

　　　伊方町長

所在地

申請者　　名　称

代表者職・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託（変更）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター | 介護保険事業所番号 |  | 届出種別（該当に○） | 新規 |  | 変更 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　-　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Email |  |
| 委託先 | 介護保険事業所番号 |  |  |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　-　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 | 内（内線） | ＦＡＸ番号 |  |
| Email |  |
| 委託する指定介護予防支援の内容（該当に○） | １ | アセスメントの実施 |  | ７ | モニタリング |  |
| ２ | 介護予防サービス計画原案の作成 |  | ８ | 評価  |  |
| ３ | サービス担当者会議の開催 |  | ９ | 給付管理 |  |
| ４ | 介護予防サービス計画原案の説明・同意 |  | 10 | その他 |  |
| ５ | 介護予防サービス計画書の交付 |  |  |
| ６ | サービス提供の連携・調整 |  |
| 指定介護予防支援の一部を委託する期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 |

備考

１　届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。

２　委託する指定介護予防支援の内容の「１０ その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。

３　複数の委託先がある場合は、【別紙】指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。

　記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。