

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							
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									
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 地域包括支援センターの所在地			〒								
						電話番号 ()								
介護予防支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日									
					年 月 日									
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。														
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			居宅介護支援事業所の所在地			〒								
						電話番号								
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日									
					年 月 日									
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)														
伊方町長 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ます。														
年 月 日														
住 所 〒														
氏 名 電話番号														
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ときには、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審 査会における判定結果・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伊方町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受託する事業所を変更 するときは、変更事由及び変更年月日を記入の上、必ず伊方町に届け出てください。届出の ない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。														
保険者確認欄			<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所番号											