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。