

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 フリガナ	被保険者番号	
	個人番号	
	生年月日 大・昭 年　月　日	性別 男・女

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

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地 〒
	電話番号 ()

介護予防サービス計画の作成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サービス計画を受託する場合のみ記入して下さい。

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 ()

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　日付)

介護予防小規模多機能型居宅 介護の利用開始月における介 護予防(居宅)サービス等の利用 の有無	※(介護予防)小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅(介護予防)サービス ((介護予 防)居宅養護管理指導及び(介護予防)特定施設入居者生活介護を除く) 及び地域密着 型(介護予防)サービス (夜間対応型訪問介護、(介護予防)認知症対応型通所介護及び (介護予防)認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。) の利用の有無を記 入してください。
--	---

<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり (利用したサービス :)
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし

燕市長様
上記の介護予防支援事業者・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者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。

令和　　年　　月　　日
被保険者　住 所

氏 名（署名）（本人の手書きによらない場合は、記名押印） 電話番号 ()

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"/> 介護予防支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所番号
--------	---

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所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、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まったときに、速やかに燕市へ提出してください。
 2 介護予防サービス計画の作成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、必ず燕市に届け出してください。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。
 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。