

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		2 0 0 0					
		生 年 月 日				性 別	
		明・大・昭 年 月 日					
介護予防サービス計画作成を依頼（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 地域包括支援センターの所在地				〒	
( 年 月 日付)							
事 業 所 番 号							
		電話番号 ( )					
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 ( )					
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は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。 <div style="text-align: right;">変更年月日 ( 年 月 日付)</div>							
豊能町長 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します。 年 月 日 住 所 豊能町 被保険者 (ご本人様) 氏 名 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（地域包括支援センター）番号 <input type="checkbox"/> 要支援認定 <input type="checkbox"/> 事業対象者				被保険者証の交付日 年 月 日	

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援等の提供にあたり、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等の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに豊能町保険課又は豊能町地域包括支援センターへご提出ください。
- 2 介護予防サービス計画等の作成を依頼する事業所（地域包括支援センター）又は介護予防サービス計画等の作成を受託する事業所を変更するときは、変更理由と変更年月日をご記入のうえ、豊能町保険課または豊能町地域包括支援センターへ提出してください。
- ※なお届け出のない場合やサービスご利用後に提出された場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。