

届出に当たっての留意事項

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

被保険者		区分 新規 変更	
フリガナ <b>オオサト ハナコ</b>		保険者番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
<b>大里 花子</b>		個人番号 生年月日	
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更) 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)		・個人番号が不明の場合等の事情で記入ができないときは、空欄のまま届出していただけます。	
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防地域包括	電話番号 <b>048-000-0000</b>	
<b>大里広域地域包括支援センター</b> ○○		サービス開始(変更)年月日 <b>令和○年○月○日</b>	
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	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 ・計画作成の開始日(契約の開始日等)を記入してください。 ・事業所を変更する場合は、変更日を記入してください。 ・介護保険被保険者証には、この日付が記載されます。			
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下さい。			
居宅介護支援事業所名	委託先の事業所情報を記入してください。 委託しない場合や、まだ決まっていない場合は記入不要です。		
<b>居宅介護支援事業所</b> ○○			
居宅介護支援事業所番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	令和○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。			
大里広域市町村圏組合管理者	届出書を提出する日を記入してください。		
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します	令和○年○月○日		
〒○○○-○○○○	被保険者の氏名を記入してください。 被保険者本人が自署できない場合に、御家族等による代筆での作成は可です。代筆した御家族等の氏名及び被保険者との関係をこの欄の余白に記入してください。		
被保険者 住所 <b>熊谷市曙町○丁目○番地</b>			
氏名 <b>大里 花子</b>			
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当たり、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者に必要な範囲で提示することに同意します。			
令和○年○月○日 氏名 <b>大里 花子</b>			

※この届出書と一緒に提出していただく物

- 最新の介護保険被保険者証又は介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)
- 基本チェックリストの対象者は、介護保険被保険者証の他に基本チェックリスト(写し可)

※受付場所

- 大里広域市町村圏組合介護保険課
- 熊谷市、深谷市又は大里郡寄居町の各介護保険事務所(市役所、町役場、熊谷市の各行政センター及び深谷市の各総合支所の介護保険担当部署で取り扱っております。)

※記入した事項を修正する場合は、修正液、修正テープ等を使用せず、二重取消線で修正してください。

※この届出書は、介護予防支援事業所から、介護予防サービス等の利用に関して必要となる介護予防サービス計画の作成その他の介護予防支援サービスを受けるときに、提出していただくものです。