

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

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名		生年月日	性別
フリガナ		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防サービス計画作成依頼を 介護予防ケアマネジメント依頼を		(開始 ・ 終了 ・ 変更)	する介護予防支援事業者 する地域包括支援センター
開始・終了・変更後 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)番号			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業者所在地 地域包括支援センター所在地	〒
サービス提供(開始 ・ 終了 ・ 変更)年月日		電話番号 ()	
終了及び変更の事由		<input type="checkbox"/> 給付区分変更により <input type="checkbox"/> 施設入所により <input type="checkbox"/> 本人希望により <input type="checkbox"/> 事業所廃止により <input type="checkbox"/> その他 ()	
※介護予防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。			
受託する事業所の番号			
受託する事業所の名称			
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 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を利用する場合のみ記入してください。	※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び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。(介護予防サービスの場合も同様に記入してください。)		
<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			
豊田市長様 上記の介護予防支援事業者、地域包括支援センター、介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業者に 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の依頼をすることを届け出します。			
年 月 日 住 所 豊田市 電話番号 () -			
被保険者 氏 名			
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"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 確認不要対象		

(注意)

- この届出書は、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等を開始及び終了する事業所等が決まり次第、速やかに豊田市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業者又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず豊田市に届け出てください。届出のない場合、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。
- 住所地特例の対象施設に入所中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。
- 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。