

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											
フリガナ						明・大・昭 年 月 日											
介護予防サービス計画作成依頼を (開始 ・ 終了 ・ 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依頼を 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 年 月 日付																	
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 ()																	
※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。																	
受託する事業所の番号						受託開始年月日											
受託する事業所の名称						年 月 日											
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。 <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												※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス (介護予防居宅療養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 (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。					
<p>豊田市長様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 豊田市</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者 氏名 _____</p> <p>代筆者氏名 _____ 被保険者との関係 ()</p>																	
(注意)																	
<p>1 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。</p> <p>2 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所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上、必ず豊田市に届けてください。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。</p> <p>3 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。</p> <p>4 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。</p>																	

※処理欄

提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 上記事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の事業者 () <input type="checkbox"/> その他 ()																
提出者 本人確認	1点確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> ()															
	2点確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療等の資格確認書 <input type="checkbox"/> ()															
関係性確認	<input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 名刺 <input type="checkbox"/> 名札																