

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	
フリガナ		個 人 番 号	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		年 月 日	男・女
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 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			
事業者の事業所名 地域包括支援センター名		事業所の所在地 地域包括支援センター の所在地	〒
		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。			
変更年月日 (      年      月      日付)			
佐那河内村長 様 上記の介護予防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を依頼することを届け出します。  年      月      日 住 所      名東郡佐那河内村      字 被保険者      電話番号 (      ) 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"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

(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作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに佐那河内村へ提出してください。

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うえ、必ず佐那河内村へ届け出て下さい。

届け出のない場合、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。