

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					
		個 人 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)する介護予防支援事業所 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					
事業所名		事業所の所在地			
愛南町地域包括支援センター		〒798-4196 南宇和郡愛南町城辺甲2420番地			
事業所番号		電話番号 0895 ( 72 ) 7325			
3 8 0 4 0 0 0 0 1 0					
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所 ※居宅介護支援事業所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。					
事業所名		事業所の所在地 〒			
事業所番号		電話番号 ( )			
介護予防支援事業所若しくは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。					
変更年月日 ( 年 月 日付)					
愛南町長 様 上記の介護予防支援事業所(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(変更)することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ( )					
保険者確認欄	備考		受付	入力	発行

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が介護予防支援の提供にあたり、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。

\_\_\_\_\_年 月 日 氏名\_\_\_\_\_

(注意)

- この届出書は、要支援認定の申請時又は介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに愛南町へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず愛南町へ届け出てください。届出がない場合は、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。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。