

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	生年月日	性別	
	明・大・昭 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			
介護予防支援事業者番号			
介護予防支援事業者名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地 〒 住所 電話番号		
介護予防支援を委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。			
居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業者の所在地 〒 住所 電話番号		
適用開始年月日(サービス利用開始年月日)			
令和 年 月 日			
介護予防支援事業者を変更する場合の理由等 ※事業者を変更する場合のみ記入してください。			
鴨川市長 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。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住所 氏名 電話番号 ()			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日 <input type="checkbox"/> 添付書類(契約書写) <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者番号		
処理日 /			

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第、速やかに鴨川市へ届出てください。
 2 適用開始年月日を記入の上、必ず鴨川市に届出てください。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。
 3 添付書類として、居宅介護支援の提供に係る契約書の写しを添付してください。