

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	
ワガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	
介護予防サービス計画の作成を依頼(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			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 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。			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント開始(変更)年月日 (年 月 日付)			
別府市長 あて 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の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ます。 年 月 日 住所 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(地域包括支援センター)番号	

介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する介護予防支援事業者・地域包括支援センターが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、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに別府市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成又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を記入の上、必ず別府市へ届け出てください。届出のない場合は、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。

申請書提出者	氏名		申請者との関係	
	住所	〒	電話番号	()
	申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。 氏名_____ 印			