

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

★「介護保険証」の支援事業所欄に以前の事業所がある。又は再委託の開始、終了、再委託先変更のとき…**変更**
 ★「介護保険証」の支援事業所欄に事業所の記載がない。又は居宅介護支援事業所から介護予防支援事業所に変わるとき…**新規**

		区分	
		新規・ 変更	
		被保険者番号	
		0 * * * * * *	
		個人番号	
別府 太郎		0 0 0 0 0 * * * * * *	
		生年月日	
		明 大 ・昭 *年 *月 *日	
		性別	
		男 ・女	
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	
地域包括支援センター * * * * *		〒874- * * * * * 別府市 * * * * * * * * * * 電話番号 0 9 7 7 (* *) * * * * *	
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	
居宅介護支援事業所 * * * * *		〒874- * * * * * 別府市 * * * * * * * * * * 電話番号 0 9 7 7 (* *) * * * * *	
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。			
届出区分が「変更」のとき、 変更理由を記入してください。		直接支援から再委託になったため	
		サービスを開始した日	
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（令和〇年〇月〇日 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			
令和〇年 〇月 〇日		届出を市に提出する日	
住所		ご本人の住所・氏名・電話・押印	
被保険者		別府市 * * * * * * * * * * 電話番号 0977(* *) * * * * *	
氏名		別府 太郎 印	
申請書提出者	氏名	個人番号の記載がある場合のみ記載が必要です。 なお、介護保険証持参の場合は、委任欄に記載は不要ですが、介護保険証の紛失、再交付申請中の場合は、委任欄に自署・押印が必要です。	
	住所		
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	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	
	<input checked="" 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	* * * * * * * * * *	
必ずご記入ください。			

(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。