

# 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(新規・変更)届出書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

住所  
申請者  
(被保険者) 氏名

次のとおり介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			生年月日
	氏名			明治・大正・昭和
	住所	〒253-00 茅ヶ崎市		
	電話番号	(自宅・携帯・施設)		

依頼(変更)する事業者		事業所番号
事業所名		
<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者		
事業所の所在地等	〒 - 電話番号( - - )	

※居宅介護支援事業者が介護予防支援また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。

介護予防支援また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		事業所番号
事業所名		
事業所の所在地等	〒 - 電話番号( - - )	

※事業所を変更する場合のみ記入してください。

事業所を変更する場合の事由等	変更年月日( 年 月 日付) <input type="checkbox"/> 認定区分変更に伴う事業者の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------------	--

※小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用有無

<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: ) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし
--

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 要支援等状態区分 ( <input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ) (事業対象者の場合) 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 届出の重複	受付印
--------	---	-----

※太枠内は、記入しないで下さい。

(注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時や基本チェックリスト実施後、若しくは、介護予防サービス計画等の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに茅ヶ崎市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画等の作成を依頼する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うえ必ず茅ヶ崎市に届け出てください。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。