

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

<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者		区 分 新規・変更											
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号									
カガナ													
				個 人 番 号									
				生年月日				性 別					
明・大・昭				年				月		日		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													
事業所名				事業所の住所 〒									
				電話番号 ()									
事業所を変更する場合の事由等				※事業所を変更する場合のみ記入してください。									
				変更年年月日 (年 月 日付)									
紀北広域連合長 様 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します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ⑤ 電話番号 ()													
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"/> 認定状況 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター事業所番号									

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時、又は介護予防 (ケアマネジメント) サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに紀北広域連合へ提出してください。
- 2 介護予防 (ケアマネジメント) サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず紀北広域連合に届け出してください。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。