

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

届出区分	被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	フリガナ	_____ _____ _____ _____ _____
		生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日

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

事業者の事業所名 地域包括支援センター名	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 ()

契約等の発効年月日	年 月 日
-----------	-------

※何月のサービス利用から上記の事業所で計画を作成しますか。	(年 月 から)
-------------------------------	------------------

基本チェックリスト実施日 ※事業対象者の場合のみ記入	年 月 日
----------------------------	-------

介護保険事業所番号	_____ _____ _____
-----------	-------------------------

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。

介護予防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の有無	※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。
<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	

甲賀市長 あて

上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に、介護予防サービス計画作成・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

(注意)

- 1 要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に介護予防サービス計画作成を依頼する事業所について、甲賀市へ提出してください。
- 2 サービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
- 3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず甲賀市に届け出てください。変更の届出のない場合は、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。

受理年月日	* 市役所記入欄		入 力
	(共通) <input type="checkbox"/> 被保険者証への記載 <input type="checkbox"/> 事業所番号 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 計画作成者区分「3」	(要支援者確認欄) <input type="checkbox"/> 要支援(年 月 日 ~ 年 月 日) (事業対象者確認欄) <input type="checkbox"/> 基本チェックリストの添付 <input type="checkbox"/> 事業対象者入力済 <input type="checkbox"/> 被保険者証・負担割合証発行	